



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

MARLENE TEREZINHA ASSUNÇÃO WAGNER

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DO ACESSO ÀS
POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS: AS INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALHOÇA- SC**

**Palhoça
2009**

MARLENE TEREZINHA ASSUNÇÃO WAGNER

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DO ACESSO ÀS
POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS: AS INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALHOÇA-SC**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação em Serviço Social da
Universidade do Sul de Santa Catarina – Pedra
Branca, como requisito à obtenção do título de
BACHAREL em Serviço Social.**

Orientadora: Vera Nícia Fortkamp de Araújo, Msc.

Palhoça

2009

MARLENE TEREZINHA ASSUNÇÃO WAGNER

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DO ACESSO ÀS
POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS: AS INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALHOÇA-SC**

**Este Trabalho de Conclusão de Curso
foi Julgado adequado à obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social e
aprovado em sua forma final pelo
Curso de Serviço Social da
Universidade do Sul de Santa Catarina.**

Palhoça, 17 de novembro de 2009

Profª e Orientadora Vera Nícia Fortekamp de Araujo, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Assistente Social Marcia Lange de São Thiago
Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado e da Saúde -SC

Profª Siomara Marques ,Msc
Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guardar meus caminhos.

Ao meu esposo João, que resistiu bravamente minha ausência durante essa caminhada, dividindo seus momentos de descanso com as tarefas do lar.

Ao meu filho Iorhan, que sempre me abraçou, quando eu é que deveria abraçá-lo, “consequimos, acabou filho”!

Aos meus pais Evaldo e Alzira, que incentivaram e acreditaram na minha formação.

Aos professores do Curso de Serviço Social da Unisul, por me tornar uma pessoa melhor, orientada pela reflexão e pela serenidade.

Aos colegas de trabalho, pelo companheirismo durante essa jornada.

À Assistente Social Marilda Zanelatto, pela extrema dedicação e atenção para comigo, e pela imprescindível oportunidade de fazer estágio com ela.

À Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça, pelo acolhimento.

A todos que de alguma forma contribuíram para minha formação e aos amigos que conquistei durante essa jornada.

Muito obrigada.

*"Posso não concordar com nenhuma das palavras que você disser,
mas defenderei até a morte o direito de você dizê-las."*

François-Marie Arouet (Voltaire)

Dedico este Trabalho às minhas Queridas Avós,
Celestina M. de Souza e Enedina S. Besen (*In
Memoriam*). Mulheres que desbravaram em
tempo.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso trata da prática profissional do Serviço Social no decorrer do estágio curricular obrigatório junto à Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça – Santa Catarina. Tem como objetivo geral descrever a importância da contribuição do Serviço Social na garantia do acesso às políticas sociais básicas, viabilizando as informações aos usuários, visando contribuir no processo de garantia do direito social nas políticas de saúde. Neste campo de estágio, foi utilizada a observação como um instrumental que deu direcionamento ao processo de intervenção com os usuários junto ao Serviço Social. Durante o período, se teve a oportunidade de colher dados sobre a instituição e a atuação do Serviço Social na mesma, o que foi fundamental para a constituição da análise institucional. Nesta, ficou constatado que profissionais das várias categorias que atuam nas unidades assistenciais de saúde, têm dificuldade de entendimento de constituição da rede, e modo como o Serviço Social está inserido na assistência à saúde. Apresenta uma síntese da trajetória da Saúde Pública no Brasil, da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, da Atenção Básica nos Municípios, da implementação da Estratégia de Saúde da Família e da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica. Contextualiza ainda o Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça - SC e o redimensionamento da Secretaria Municipal de Saúde. A metodologia deste estudo utilizou procedimentos bibliográficos em autores que escreveram sobre Serviço Social e Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde, entre outros autores que acolheram a temática. Os resultados alcançados com a formulação de uma cartilha expositiva, na qual se buscou a integração e constituição da rede, têm por intenção apontar para um serviço público de saúde com qualidade, mostrando um olhar reflexivo e humanizado para o atendimento, entendendo que as demandas sociais se apresentam como resultado das condições de vida das pessoas.

Palavras-chave: Serviço Social. Acesso à Assistência. Informações. Políticas de Saúde.

LISTA DE SIGLAS

ABESS-Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social;
ACS - Agente Comunitário de Saúde;
AIS – Ações Integradas de Saúde;
ANAS-Associação Nacional dos Assistentes Sociais;
CF – Constituição Federal;
CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais;
CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde;
DNS – Departamento Nacional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família;
EUA – Estados Unidos da América.
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz;
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização;
IAP's – (Caixas de aposentadorias e pensões);
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social;
MS – Ministério da Saúde;
OMS – Organização Mundial da Saúde;
PACS-Programa e Agentes Comunitários de Saúde;
PNH – Política Nacional de Humanização;
SMS – Secretaria Municipal de Saúde;
SUDS – Sistema Único descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde;

Sumário:

1. INTRODUÇÃO.....	10
2 . PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	14
2.1 Contextualização da Saúde Pública	14
2.2 Retomando a História da Saúde Pública no Brasil e o Serviço Social.....	16
3. SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.....	29
3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	31
3.2 A Atenção Básica	42
3.3 Estratégia de Saúde da Família -ESF	44
3.4 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	50
4. O SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA	54
4.1 Redimensionamentos da Secretaria Municipal de Saúde	55
4.2 A Contribuição do Serviço Social na Garantia do Acesso às Políticas Sociais Básicas de Saúde Quanto Informações dos Usuários da Secretaria Municipal de saúde de Palhoça- SC	59
4.3 A Prática de Estágio Vivenciada na Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça – SC	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:	71
ANEXOS	76

1- INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é o resultado de um olhar mais atento, propiciado no decorrer do cumprimento do estágio curricular obrigatório do Curso de Serviço Social-UNISUL, realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça- SC finalizado em 2009, em conformidade com o aporte teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político do Serviço Social, que envolvem o processo de aprendizagem da trajetória acadêmica.

A experiência vivenciada no estágio oportunizou-me compartilhar junto às profissionais do Serviço Social, de momentos especiais no qual apontavam a importância do papel que desempenha o Assistente Social no seu local de trabalho junto aos usuários do SUS, ao diagnosticar as falhas existentes no processo da informação ao usuário no município de Palhoça, intervindo de forma a encaminhar e assim facilitar o trajeto do usuário dentro da rede de Atenção Básica e serviços do SUS.

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o direito ao acesso nas políticas de assistência em saúde, envolvendo as dimensões governamentais nas ações e serviços de saúde no sentido de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e principalmente garantir saúde.

A política pública de saúde integra o campo de ação social do Estado orientado para melhoria das condições de saúde da população dos indivíduos e da coletividade, através de uma estrutura político-administrativa que vem criando formas de interação, que visa integrar o usuário como um todo.

Sendo assim, a reprodução social em saúde tem sido abordada de diferentes formas por meio da gestão dos serviços de saúde e atenção social básica. A gestão de serviços de saúde tem como função principal, promover a atenção às situações de vulnerabilidades apresentadas e prevenir situações de risco em potencial, tanto pessoal como social, contribuindo para a completa efetivação da cidadania e da autonomia, tanto familiar, coletiva como individual.

Esses direitos vêm assegurados na Constituição Federal de 1988, como políticas sociais básicas de saúde e orientam-se dentro dos princípios da universalidade, integralidade e da equidade a partir das Leis 8.080/90 e 8.142/90, no acesso às ações e serviços pelas diretrizes de descentralização do atendimento e da participação popular, para a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Diante de uma sociedade globalizada e desigual, cabe aos profissionais de Serviço Social, a apropriação de debates e enfrentamentos para converter as dificuldades de concretizar os direitos dos usuários na resolatividade dos problemas de saúde. E esta é a relevância deste trabalho, pois é sabido que garantir o acesso aos direitos fundamentais configura dentre outros, um desafio ao exercício profissional, nesse movimento social ao bem maior que é a vida, tendo em vista que este ainda é percebido à margem da legalidade, e impellido a ter o seu acesso dificultado às políticas de saúde e ao amplo desenvolvimento da cidadania.

Na perspectiva de dar melhor atenção aos usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça-SC, no que tange ao acesso aos serviços da Rede SUS, nossa atenção focou-se na forma como eram passadas as informações aos mesmos, antes de chegarem ao Serviço Social, pois diante da necessidade de acessar um dos serviços do SUS, o usuário se via entrelaçado nas condições de formação da rede de serviços de saúde municipal, seja pela dinâmica funcional da unidade de saúde, pelo profissional de saúde ou pela forma de como se constituía o serviço solicitado.

O SUS, na perspectiva de acolher o usuário, utilizando-se da intersectorialidade entre os diversos profissionais e serviços, proporcionando uma maior funcionalidade, agindo como um centro de articulações dentro das políticas públicas, para que as ações não se fragmentem e o acesso seja efetivo e de qualidade.

Diante do exposto veio o seguinte problema: Qual a contribuição do Assistente Social sobre os mecanismos utilizados nas ações de intervenção, para que o direito ao acesso e a garantia dos benefícios e serviços de saúde sejam consolidados como de direito do usuário?

Nesse contexto, o Serviço Social tem seu piso de sustentação e de intervenção ligado à mediação que realiza entre os diferentes saberes, tendo a instrumentalidade como uma variável deste movimento sócio-econômico-político e cultural. E conforme Martinelli e Koumrouyan (1994):

Concebemos instrumentais como o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional. Nessa concepção é possível atribuir-se ao instrumento a natureza de estratégia ou tática por meio da qual se realiza a ação, e à técnica, fundamentalmente, a habilidade técnica, portanto, reside exatamente no uso da habilidade técnica, portanto, reside no agente. Decorre também que o instrumental não é nem o instrumento nem a técnica tomada isoladamente, mas ambos, organicamente articulados em uma unidade dialética (entrevista, relatório, visita, reunião, observação participante, etc.) (MARTINELLI e KOUMROUYAN, 1994, p.137)

Conhecer as necessidades coletivas dos usuários das políticas públicas não é o suficiente, mas se instrumentalizar enquanto assistente social, e garantir junto aos gestores, não somente os mínimos sociais para o atendimento das demandas individuais manifestadas como essenciais, tornando imprescindível uma atitude reflexiva sobre a realidade, e da co-responsabilidade de cada indivíduo envolvido nesse cenário social, no qual existe uma grande diversidade de enfrentamentos que influenciam diretamente as políticas públicas de saúde para produção orientada do direito à saúde. Colocando a saúde como uma questão social, que é o resultado de lutas, que explicitam a desigualdade e exploração social. E Carvalho e Iamamoto (1993), apontam que:

A Questão Social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano, da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO e IAMAMOTO, 1993, p.77).

No decorrer do estágio foi possível perceber a importância do processo de trabalho do Serviço Social na garantia de direitos possibilitando efetivação da cidadania.

Sendo assim, diante do exposto este Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em cinco capítulos que têm por intencionalidade orientar sobre: A contribuição do Serviço Social no acesso às políticas sociais básicas quanto às informações aos usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça.

Contextualizando a história da saúde pública e da Reforma Sanitária o Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e contribuindo com uma reflexão das ações do Serviço Social, a partir da prática profissional na garantia do acesso às políticas sociais básicas de saúde.

Finalizando apresentam-se as considerações finais, cujo conteúdo revela os indicativos das reflexões teórico-práticas pertinentes a este estudo, na garantia do direito ao acesso às informações da rede de serviços do sistema público. Ensejando como resultado a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da viabilização da promoção da saúde e efetivação dos direitos sociais, tornando o atendimento universal, integral, equânime efetivando o acesso à saúde a todos os usuários.

2 . PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Contextualização da Saúde Pública

Neste item passaremos a descrever breves aspectos históricos da saúde e doença já que historicamente o conceito de saúde foi se modificando de acordo com as influências de cada sociedade, pois permeava a concepção social de organização econômica e política ao longo da sua trajetória.

Do Século V ao XV, na sociedade Feudal, a saúde era vista como uma bênção de Deus e a morte para os serviçais era a forma de se encontrar com Deus. A fome ,a miséria e a exploração era o meio de purificação. E segundo Scliar (2002, p.40)... “O século XV presenciou uma ressurreição do ocultismo que a Igreja tinha conseguido reprimir durante a Idade Média.”

Já na Idade Moderna entre os Séculos XV-XVIII, nos quais predominava o mercantilismo e o poder se concentrava no rei, ter saúde significava estar vivo e aumentar a população para assim, atender as necessidades econômicas do momento. Scliar (2002,p.41) coloca que: “..nessa época a modernidade assiste ao nascimento da nação-estado, o que representa um considerável reforço para a noção de corpo social...”

E acontece no Século XIX, a Revolução Industrial, despertando para um conjunto de mudanças sociais e econômicas. Ter saúde significava estar apto a trabalhar nas fábricas e foi a partir daí que se gerou um movimento social de medicina vindo ao encontro das mudanças no estilo de vida capitalista da sociedade arrasada pela crise financeira. E é nesse movimento que segundo Da Rós (2004), aparecem grandes estudiosos como o francês Vileermé, Grosjahn na Bélgica, Virchow e Neumann na Prússia e o inglês Cadwick, destacando-se como colaboradores do movimento de mudança e organização da saúde. Ainda segundo Scliar (2002):

A proposta de polícia sanitária continuou sendo desenvolvida, sempre com base em leis e regulamentos. As medidas listadas referiam-se à prevenção de doenças contagiosas, à higiene pré-natal, aos cuidados com o parto, à qualidade do alimento, à limpeza das ruas, à pureza do ar, à assistência e ao combate ao charlatanismo. (SCLiar, 2002, P.53)

E da Rós (2004) também afirma que movimentos como a medicina social, incomodavam o poder dominante da época com grande resistência em aceitar recomendações no tocante à jornada de trabalho, lazer, salários dignos, saneamento básico e outros cuidados. Porém, esse período veio de encontro ao capitalismo em sua fase de expansão e acumulação.

Diz Scliar (2002) que a luta contra a doença começa com a luta contra os maus governos. Outro aspecto que deixou uma fenda no processo saúde e doença foi a descoberta da associação de causa e efeito entre bactéria e adoecer, a partir de Pasteur; é quando o corpo humano está contaminado por micróbio e há necessidade de exterminar a doença.

Aderiu-se ao pensamento de não se preocupar com a sociedade, e sim com o indivíduo. E assim no final do século XIX, o modelo unicausal explicando a doença, mas negando o contexto social é adotado. E Scliar (2002) complementa:

As medidas de saúde pública, contudo, não eram suficientes; não atingiam a dimensão social do problema. Alguma coisa deveria ser feita – e foi feita: um conjunto de medidas progressivas que culminaram com a implantação do Welfare State, do estado de bem estar social. (SCLiar,2002,P.84)

O momento pós Revolução Industrial quando inúmeras tentativas de conter o caos da pobreza e da mendicância, levaram o Estado a uma tomada de decisão e intervenção, criando leis e subsídios para acabar com a vadiagem e a prostituição. Scliar (2002) coloca que:

A “Questão Social resultante da Revolução Industrial exigia soluções mais radicais. O Estado já não poderia limitar-se a intervir ocasionalmente, e sob forma de polícia. Impunha-se a necessidade de uma tecnologia da intervenção social. (SCLiar,2002,P.85)

Outro ponto que foi considerado ao se estabelecer esta forma de saúde positivista foi o modelo norte americano de ensino médico, que para Da Rós (2004), é um sistema de ensino centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocentrico, fragmentado, detentor da verdade científica e por último positivista. Com esse modelo predominante de medicina especializada instigou-se o uso de medicamentos e exames de alto custo. No Brasil em 1920 foi nomeado Samuel Darling para dirigir o Instituto de Higiene, o qual dava orientações na unicausalidade e a culpabilidade do indivíduo.

Isso posto, podemos afirmar que dar um conceito de saúde é algo novo e que surgiu exatamente da necessidade de planejar ações em saúde individualmente e coletivamente, assunto que será abordado no item 3.

2.2 Retomando a História da Saúde Pública no Brasil e o Serviço Social

Para refletir a história da Saúde Pública no Brasil e sua relação com a determinação de saúde, incluindo o atendimento aos usuários como um todo é necessário fazer uma regressão ao passado e reviver momentos da história brasileira e entender como foi estruturada a percepção de saúde. Segundo Scliar (2002, p.104): “Em 1850 por ocasião de uma grande epidemia de febre amarela foi criada a Junta Central de Saúde Pública, precursora do Ministério da Saúde.”

E é nesse contexto que Oswaldo Cruz se integra à Diretoria Geral de Saúde Pública, assim adotando “campanhas sanitárias”. Operavam de forma distinta, identificando os doentes e acabando com os focos de mosquitos. O marco da Saúde Pública renomou profissionais médicos e cientistas como Oswaldo, Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emilio Ribas e Carlos Chagas (este último descobridor da Doença de Chagas). Nesta época a população de baixa renda era atendida em Hospitais de Caridade, Santas Casas de Misericórdia que ficavam sob os cuidados da Igreja, sendo que as enfermidades mais comuns à época eram a Varíola, a Febre Amarela, a Malária e a Peste Bubônica.

Da Rós (2004) acrescenta que:

“... neste período o modelo americano era determinante na política de saúde, assim como na urbanização e habitação. A saúde era gerida de forma centralizadora, tecnológica, burocrática e corporativista. Já a medicina Privada, no Brasil, tinha caráter europeu, porém mais diversificado e fragmentado do que o modelo americano, e a ênfase eram para clínico geral e da família.” (Da Ros MA. A Ideologia nos Cursos de Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades. São Paulo: Hucitec,2004. p. 224-244)

E em 1923 foi criada a Lei Eloi Chaves, no governo de Artur Bernardes em meio a permanente instabilidade política, derivada da crise econômica ,dos conflitos políticos e revoltas armadas no País. A Caixa de Aposentadorias e Pensões – CAPS foi financiada pela união de empresas, empregadores e empregados, a fim de que tivessem alguns benefícios, conforme Bravo (1991):

Os Institutos de Assistência Previdenciária-IAPs que, substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS, e que a princípio não se dispunham a oferecer cobertura médica, começaram a diferenciar-se em suas estruturas, e passaram a prestar serviços de assistência médica. As CAPS eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente da mesma era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

(Política de Saúde no Brasil, Por Maria Inês Souza Bravo, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional baseado no 1º Capítulo da Tese de Doutorado da autora, apresentada à PUC/SP, em 1991, com o Título “A Questão da Saúde e o Serviço Social - as práticas profissionais e as lutas do setor”)

As políticas públicas dessa época se caracterizavam em “campanhista-sanitarista”, e Bravo complementa (2007):

É no bojo do processo histórico-econômico e político, que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30, que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsectores : o de saúde pública e o de medicina previdenciária.(BRAVO.2007,P.26)

Bravo (2007) prossegue dizendo que a saúde vem como um modelo de atenção fundamentado no IAP's, Institutos de Aposentadorias e Pensões, que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).Tendo uma oferta reduzida de serviços prestados por causa do aumento de assalariados urbanos (BRAVO,2007,P.27).

Diversas reformas no aparelho do Estado contribuíram para consolidar um Estado de Bem-Estar brasileiro baseado em políticas predominantemente voltadas para trabalhadores urbanos. Em 26 de novembro de 1930 foi criado o Ministério do Trabalho e promulgada nova legislação trabalhista, formando as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política dos trabalhadores.

A grande aceleração do ritmo industrial com a expansão de investimentos que seguiu em nível de Brasil, fez com que o Estado no governo de Getúlio Vargas no ano de 1939 respondesse as reivindicações da classe trabalhadora, através do estabelecimento do salário mínimo que se limitava aos gastos para a sobrevivência.

Assim ao lado da intensa inflação da época que acentuou a piora das condições de vida, fenômeno que se refletiu nas demandas por saúde e assistência médica. E é nesse momento que se dá enfoque a intervenção do Estado na saúde pública e que surge também o Serviço Social já enredado no contexto sócio-histórico daquele momento. E segundo as autoras Bravo, Vasconcelos, Gama, Monnerat(2007):

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional- como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (BRAVO,VASCONCELOS,GAMA e MONNERAT,2007,p.26)

Na seqüência Bravo, Vasconcelos, Gama, Monnerat (2007), expressam que na década de 30 e até a metade da década seguinte se apresentaram como o momento em que a profissão de Assistente Social se caracteriza no Brasil:

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde. (Bravo, et al,2007, P. 28).

Para justificar a manifestação da profissão do Assistente Social na saúde pública as autoras Bravo, Vasconcelos, Gama, Monnerat (2007), colocam que a profissão do Assistente Social enfatizou a prática educativa como intervenção no modo de vida da “clientela” com relação aos hábitos de higiene ,saúde e atuação nos programas prioritários estabelecidos pelas normas das políticas de saúde .

É em meio a um período de conflitos internacionais culminando na II guerra Mundial, que em 1941 no governo de Getúlio Vargas aconteceu a 1.^a Conferência, convocada pelo Ministro da Educação Gustavo Capanema. Naquela época o Ministério da Saúde ainda não existia.

O setor de Saúde era um departamento do Ministério da Educação com percepção curativa e não preventiva, na defesa sanitária da população e assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção à maternidade, infância e adolescência.

O crescimento das desigualdades sociais entre as diversas categorias de trabalhadores no que diz respeito à legislação, recursos financeiros e condições de trabalho, refletia o perfil da estratificação social que caracterizava a sociedade.

A aceleração do desenvolvimento industrial aumentava a preocupação com a manutenção da força de trabalho em condições de produção, bem como na sua reintegração rápida ao processo de produção. “Para responder a essas demandas, várias instituições de trabalho passaram a criar serviços de atendimento ambulatorial de caráter terapêutico alguns em nível de reabilitação “(Da Rós, 1994).

Em 04 de julho de 1942, no Rio de Janeiro, ocorre a Passeata Estudantil Antitotalitária, que sob a liderança da UNE (União nacional Estudantil) e agrupando desde liberais até comunistas exigia a entrada do Brasil na guerra, junto ao bloco dos países aliados contra o nazi-fascismo e o envio de uma força expedicionária.

Em 31 de agosto de 1942, pressionado pelas nações aliadas, sobretudo os Estados Unidos e a opinião pública interna, o governo brasileiro declarou guerra aos países do "*Eixo*". Em 1944 enviou à Itália a Força Expedicionária Brasileira (FEB) para combater junto às forças norte-americanas. A participação do Brasil no conflito, além de permitir um investimento nas forças armadas brasileiras, contribuiu com o empréstimo financeiro dos Estados Unidos.

É Necessário relatar que paralelamente desenvolvia-se a indústria de fármacos, fato que, em consonância ao objetivo da reintegração da força de trabalho à produção leva a pensar que isso se constitui em mais um poderoso fator para a progressão da atenção à saúde de caráter curativo, em detrimento às ações de prevenção até então desenvolvidas.

Criado em 1937, o Estado Novo encerrou-se em 1945, com o fim da guerra e as conseqüências de pressões por parte da sociedade pela volta à democracia. Nesse mesmo ano foram anistiados os condenados pelo Tribunal de Segurança e convocada a Assembléia Nacional Constituinte. As disputas em torno da sucessão presidencial foram atravessadas pelo "queremismo", e como proposta, o adiamento das eleições diretas para presidente e a manutenção de Vargas no poder, concomitante à instalação da Constituinte.

A campanha, apoiada pela classe operária, os sindicatos e os comunistas, gerou forte reação nos meios militares e na chamada oposição liberal que foi considerado um dos motivos para a deposição de Vargas, em 29 de outubro de 1945, ano em que se encerra a Segunda Guerra Mundial, com a rendição dos países do "*Eixo*" às nações aliadas. E em 24 de abril do mesmo ano acontece na Califórnia – USA a Conferência de São Francisco e é criada a Organização das Nações Unidas, e no Brasil, os militares apoiados por políticos oposicionistas e sem apoio da população colocam fim a era Vargas findando assim o Estado Novo e marcando o início de um outro perfil político-administrativo e demagogo.

Em dezembro de 1945, o Marechal Eurico Gaspar Dutra é eleito presidente do Brasil, a política de Dutra é marcada por atitudes conservadoras. Nesse momento o cenário político internacional se caracterizava pelas duas ideologias predominantes capitalismo e socialismo.

Os salários foram congelados, a inflação disparava provocando queda do poder aquisitivo e com isso causando sérias dificuldades às classes trabalhadoras. Como resultados ocorrem vários movimentos populares greves, passeatas e movimentos de insatisfação são deflagrados. E o governo na tentativa de manter a ordem pública interfere nos sindicatos e nas associações de trabalhadores.

Dutra procura adotar um plano de governo chamado de Plano de SALTE, apresentado ao Congresso Nacional em maio de 1948, que é aprovado dois anos depois, mas sua aplicação foi abandonada. Sendo uma tentativa de coordenar os gastos públicos com o desenvolvimento de plano a nível nacional e de acionar determinados setores como a saúde, alimentação, transporte e energia.

Em 07 de abril de 1948 é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma instituição da Organização das Nações Unidas (ONU), que coordena o trabalho internacional de saúde, com o objetivo de promovê-la no mais alto grau de saúde para todos os povos.

E no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), está estabelecido que:

“gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”, bem como que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”. (Disponível em: <www.onu.org>. Acesso em: 19 out. 2009)

A principal responsabilidade dos governantes é zelar para que todos os povos possam obter o mais alto grau de saúde que se possa alcançar. E de acordo com a OMS (1948), descreve em seus preâmbulos que saúde é um: ... "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade." E nesse cenário o Serviço Social é introduzido na saúde, concomitante com o novo conceito de saúde a partir da Organização Mundial da Saúde - OMS. (Bravo, Vasconcelos, Gama, Monnerat,2007)

Em 1950, Getúlio Vargas, reeleito presidente da República, revogou a pedido os ideais sindicalistas classificando os trabalhadores por categorias profissionais, e os IAP's, Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados por profissionais, que aumentavam face do acelerado desenvolvimento industrial, movido pelo capital e pelas tecnologias externas. E nesse momento campanhista, sanitário e de atendimento centralizado apenas nos trabalhadores, foram deixados de lado outra demanda em saúde.

Conforme Bravo (2000), na década de 1950 e início da década de 60, com o aumento dos gastos com saúde pública, buscava-se melhorar as condições sanitárias da população em geral, com ênfase nos quadros parasitários e diminuição da morbidade infantil. Nessa década surgiu a teoria do Estado Desenvolvimentista a qual transferia ao Estado a competência para provocar mudanças estruturais em suas sociedades. Sua responsabilidade foi dirigida para a promoção da industrialização no desenvolvimento urbano e nos setores básicos da economia para acelerar o desenvolvimento econômico-social.

Já em 1964, ocorre no Brasil, o Golpe Militar, instaurando a ditadura Militar como regime de governo reprimindo todas as ações. Na saúde, o modelo é de privilegiamento do setor privado, unindo os modelos campanhista e curativista como forma de medicalização social.

Em 1966 e 1967 acontece a modificação gradual na relação Estado com a sociedade, que vai repercutir na saúde através de crises e reformas. O crescimento do Departamento de Medicina que vem impulsionar uma nova reforma e a partir daí é criado o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, unificando os institutos até então existentes.

A partir de 1968, ocorre a Reforma Universitária Federal, tendo o objetivo de reprimir grupos estudantis e estimular o modelo Flexneriano. Assim, conseqüentemente tornando os acadêmicos presos aos representantes de laboratórios.

Já em 1973, ocorreu a primeira crise internacional do petróleo, que logicamente repercutiu na economia do país, fazendo com que os militares buscassem outras saídas que acabou implicando na mudança do modelo de saúde (Da Rós, 2004). E em face dessa crise, ocorreram vários movimentos contra a ditadura militar e também contra o modelo Flexneriano, defendendo um modelo hierarquizado de saúde e que contemplasse práticas curativas, mas também preventivas.

E foi na década de 70, que se começou a questionar o Estado Desenvolvimentista, colocando-o como um problema devido ao fracasso em algumas áreas definidas como prioritárias.

Assim prevalece na década de 1980 a teoria do Estado Mínimo, e o mercado em franca expansão capitalista assume o papel regulador.

O Brasil tem uma longa tradição autoritária na política, o predomínio de um modelo oligárquico de governo, no qual o poder está nas mãos de poucas pessoas burocráticas, fazendo com que o Estado seja marcado pela marginalização política e social, pelas privatizações de acordo com o pensamento neoliberal. Concordamos com Santos (2002) ao dizer que:

A sociedade e a política brasileira são marcadas pela predominância do Estado sobre a sociedade e por colocar obstáculos na construção de uma cidadania e uma participação efetiva. O Brasil também enfrenta uma enorme desigualdade social que aumenta devido a uma economia de altos e baixos e um desmonte do Estado. (SANTOS, 2002, p.458).

Desta forma, constata-se a ascensão de instituições comunitárias e profissionais, com o objetivo de superar a visão saúde-doença como o movimento da Reforma Sanitária, cuja luta sempre foi por um Sistema Único de Saúde e contra o Complexo médico-industrial em todas as áreas da saúde.

Surgiram nesse período (década de 80) várias denúncias e também muitos movimentos sociais como os ENEMEC's – (Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária) que defendiam o uso da fototerapia e outras práticas em saúde, exemplificando o Centro Brasileiro em Estudos de Saúde (CEBES), que discute a situação da saúde brasileira. Muitas (dessas discussões são publicadas em revistas como a “Saúde em Debate”).

No início dos anos 80, conforme Teixeira (1989) :

”com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social, no modo e no modelo privatizante, a proposta do movimento sanitário apresentava-se como forte reação às políticas de saúde do sistema nesse campo. O movimento sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a “determinação social da doença” e a “organização social da prática médica” (Teixeira.1989 p.17.45).

Em consequência do acirramento da crise política, um grupo de técnicos composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, formulou um programa, o Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Este teve como objetivos a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação.

Tinha como pressuposto básico a hierarquização das formas de atendimento de forma tal que a atenção primária se constituísse na porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Além disso, colocavam também como propósitos básicos a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população.

Bravo (2002) acrescenta que entre 1975 e 1982, ocorreu a Conferência Internacional de Alma Alta, quando a Organização Mundial da Saúde – OMS, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNIFEC, definiram princípios de promoção e proteção à saúde, indicando estes princípios como indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social.

Da Rós (2004) afirma que neste período o Movimento Sanitário se desenvolvia cada vez mais nos municípios , e o complexo médico-industrial perdia forças para o Movimento Social Organizado.

E nessa lógica de mudanças e mobilizações que o Serviço Social também se renova para o atendimento das novas demandas advindas do movimento da sociedade, Bravo (2007) diz que:

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.(BRAVO ,2007,p.32)

Para Bravo, a reestruturação do setor através de estratégias do Sistema Unificado de Saúde individual e coletiva, foi um fato marcante. Neste sentido, em 1984, ainda no Governo militar de João Baptista de Oliveira Figueiredo, os diversos setores da sociedade (partidos políticos, igreja, entidades científicas, estudantes, associações, entre outros), numa crescente onda de insatisfação social que incorreu no movimento pelas diretas já num processo de reorganização da democracia no Brasil.

Em 15 de janeiro de 1985, Tancredo Neves é eleito Presidente do Brasil, e em razão do seu falecimento em 21 de abril de 1985, assume o vice José Sarney, e inicia-se a nova política, com Hésio Cordeiro como presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e na fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ – Ministério da Saúde – Sergio Arouca. O primeiro criou o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, extinguindo o INANPS e as Ações Integradas em Saúde (AIS).

Com o início desse governo de "transição", desencadearam-se no setor da saúde diferentes medidas que tinham como objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público. Segundo Bravo (2001): O fato marcante e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal.

Bravo (2001) segue informando que o tema central, Saúde como um direito inerente à personalidade e à cidadania e que já se solicitava a reformulação do sistema nacional de saúde com financiamento setorial. Os debates que se travaram no decorrer da 8ª Conferência colocaram a tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcaram diretamente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária.

No dizer de Da Rós (2004), Arouca, coordenou o movimento da 8ª Conferência de Saúde, que foi marcada pela presença de pessoas integrantes dos movimentos sociais e também de portadores de patologias e profissionais de saúde. O tema nesta Conferência era relacionado aos direitos de todos e dever do Estado perante a saúde.

Sobre este panorama de intervenção da sociedade, as mudanças se faziam necessárias diante da crise na saúde pública no país. Com a priorização da medicina curativa e o alto custo da mesma diante da diminuição do crescimento econômico, da redução de receitas, do aumento populacional e a incapacidade no atendimento aos usuários da saúde e ainda o não repasse de verbas por parte da União, o atendimento às necessidades de saúde estavam zerados. E Gerschman (1997) corrobora:

Em nosso país, a governabilidade, é sinônimo de dificuldade devido à fragilidade do próprio Estado diante de interesses de classes, ocasionadas em parte pela falta de tradição democrática, e também pela existência de uma grande parcela da população beirando à pobreza, situações estas, que exigem do Estado respostas rápidas e eficientes na área social através de políticas sociais. Esta questão problema insere no debate sobre a governabilidade o confronto do Estado na administração da coisa pública diante do capital privado. (GERSCHMAN, 1997, p. 56).

No cenário político do País, constata-se o aceleração do movimento para legalização do Sistema Único de Saúde (SUS). E Magalhães (2004) corrobora:

Portanto, é com base em todo esse cenário de luta que em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou fundamento legal. Mas alguns autores acrescentam que ele ainda não foi implementado, pois essa luta se confronta com participações econômicas e com um mundo de idéias. Nesse sentido, vencer na base legal é apenas um obstáculo, sendo imprescindível continuar na luta para que o projeto seja efetivo. O Estado brasileiro passou por várias reformas desde o período do Estado Novo (o segundo Governo Vargas) ao Governo Fernando Henrique Cardoso podemos destacar quatro fases destas reformas. (Magalhães, 2004, p. 47):

Assim, o processo histórico de formação do Sistema Único de Saúde fica marcado por quatro grandes fases:

- A primeira fase: foi a Reforma Administrativa do Governo Getúlio Vargas durante o Estado Novo, onde foi adotada a centralização administrativa por parte do Estado, neste Período foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público -DASP;
- A segunda fase: foi uma modernização administrativa implantada pelo Governo de Juscelino Kubitschek, que procurou direcionar o aparelho do Estado para os projetos de desenvolvimento através da industrialização e a construção da capital do país, Brasília; também investiu na descentralização e na diminuição da burocracia;
- A terceira fase: foi marcada pelos Governos Militares iniciado em 1964, com a proposta de desenvolvimento econômico. No Governo do presidente Médici foram criados os Planos Nacionais de Desenvolvimento-PNDs, planos estes que determinavam as prioridades do país no âmbito sócio-econômico, desta forma, neste período ocorreu um inchaço no setor público;
- A quarta fase de Reforma do Estado: já no então Governo de Fernando Henrique Cardoso, se dedicou a uma Reforma Administrativa, sendo direcionada através do Plano Diretor de Reforma do Estado, neste período adotou-se uma terceirização de serviços, um enxugamento do setor público e conseqüentemente uma redução das ações do Estado através das privatizações.

Com a propagação da minimização da intervenção estatal na economia através de privatizações e outras medidas, conseqüentemente a redução das atividades do Estado do Bem-estar Social ,torna concreta a privatização das políticas sociais, sendo assim uma nova forma é proposta de organização da sociedade. Conforme a Revista Quadrimestral de Serviço social (2003 , p.113):

Na atualidade há uma disputa entre dois projetos societários distintos. Na saúde, a disputa se expressa entre o projeto neoliberal (que redesenha o modelo médico – assistencial privatista, culminando com uma proposta de política de saúde voltada para o mercado) e o projeto da reforma sanitária.

Em 1985, com grande empenho por parte do presidente da República José Sarney, na condução do processo de redemocratização, do País, realizou-se eleições diretas para prefeitos das Capitais, e em 1986 ocorreram eleições para assembléia constituinte, a qual promulgou uma nova Constituição Federal ,em 05 de outubro de 1988, que entre outras, dá providência de ordem social, impulsionou as políticas públicas de forma a garantir a toda população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde gratuito.

Caracterizando como parte integrante da rede de atenção: a saúde pública os postos e centros de saúde, hospitais gerais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além das fundações e institutos de pesquisas como a FIOCRUZ, e o Instituto Vital Brasil. E do Movimento Sanitário, saíram propostas que ocuparam espaços fundamentais no texto constitucional que trata da saúde.

De fato, a articulação e organização de forças populares na Plenária Nacional possibilitaram que o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático (GERSHMAN, 1995 p.44).

Primeiramente, a 8ª CNS, resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, mas o marco importante foi ter criado as bases para a seção “da saúde”, na Constituição brasileira de 1988. E nessa lógica de desenvolvimento social, conforme Bravo (2007):

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. (BRAVO, 2007, p.33)

O Sistema Único de Saúde- SUS percorreu um longo caminho avançando na conquista da universalidade e da equidade, mesmo com a ampliação do acesso às políticas de saúde através dos programas específicos, e continua na luta pela aproximação com a realidade com vista à integralidade do ser social e sua efetiva implantação.

Buscaremos no próximo capítulo analisar o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde, entendendo que saúde é um direito de todos e dever do Estado.

3. SAÚDE: UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a Saúde é um Direito de todos e dever do Estado, mediante políticas públicas que contemplem o usuário como um todo, dando a ele condições de prevenir, tratar, recuperar e promover sua saúde e bem como suas condições de vida e lazer. Nesse estudo verificaremos o acesso do usuário às políticas sociais básicas, para tanto faremos um comentário sobre o que é saúde.

A saúde é o bem mais precioso de uma nação, pois todos nós somos responsáveis por ela, pois saúde não é apenas ausência de enfermidade. A definição de saúde envolve vários significados, construídos desde a forma ambiental e sócio-histórica.

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde é constituído historicamente, sofrendo mudanças e influências pelas experiências sociais. A mudança na concepção de saúde foi marcada pelo conceito Neoclássico, começando a afirmar a saúde como qualidade de vida, e também no sentido de compreendê-la como direito essencial.

Bravo (2001) examina a conceituação da OMS e afirma que esses princípios de propor completo bem-estar trazem limites. Acrescenta que em completo bem-estar físico, mental e social como referência de saúde, é utópico, algo que nunca conseguiremos alcançar por um, longo período de tempo.

É também estático porque “recusa as ações da vida humana, que requerem um completo bem-estar”. Pois nos desenvolvemos numa relação ligada a diversas situações que vai desde bem-estar, traumatismos, patologias agudas, crônicas e mal-estar. A Saúde é uma condição de equilíbrio ativo entre o ser humano, seu ambiente natural, familiar e social.

A 8ª Conferência de saúde trouxe para a lei brasileira a idéia de saúde como direito humano e fundamentalmente um direito a ser garantido pelo Estado brasileiro. Tal direito se estabelece no oferecimento de bases concretas de vida e existência. Vejamos o conceito de saúde definido na 8ª Conferência de saúde, de forma mais complexo:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida... A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA, 1986).

Isso posto, a 8ª Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde(SUS), tendo como diretrizes:a universalidade,a integralidade das ações e a participação social,além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado.

Entretanto, cabe explicitar que o Estado se antecipou à implementação do SUS, criando por decreto (Nº 95.861, de 22 de março de 1988), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes.

Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram: o direito universal à saúde, a saúde como um dever do Estado, a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede para a preservação dos princípios aprovados pela 8ª Conferência, com a participação do setor privado no SUS de forma complementar.

Consagrando-se, assim, uma concepção ampla de saúde, entendida como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos. A partir das repercussões importantes, a nova ordem na política de saúde, os constituintes realizaram um capítulo definindo saúde dentro da seguridade social, reconhecendo como um direito universal e dever do Estado, conforme Artigo 196, da Constituição Federal de 1988:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL1988, P.133).

Com o conceito ampliado a saúde passa a compreender não apenas o tratamento e recuperação da doença, mas o processo de articulação entre o social e o econômico, e passa a ser um direito universal, e garantido pelo Estado, através de um sistema de saúde que oportunize a completa efetivação desses direitos fundamentais à saúde como o SUS.

3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado do resgate das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº. 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) de 19 de setembro de 1990 e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Essa nova realidade social, em que a saúde é legalizada em leis e seus princípios fundamentais como, a universalidade, igualdade, integralidade, princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização, comando único, participação popular e a complementaridade do setor privado consagrados na Constituição Federal de 1988, se unem dentro do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim as unidades de produção dos serviços de saúde constituem-se, na porta de entrada das diversas demandas existentes, e a apreensão da realidade social como um “todo indivisível”, determina o processo de trabalho dos sujeitos sociais envolvidos. Assegurou também a mudança da desigualdade do serviço de assistência ao cidadão, para a obrigatoriedade do atendimento para qualquer cidadão nos locais públicos e logicamente sendo proibida a cobrança pelo serviço, dando direito à informação sobre sua saúde, a participação popular, a descentralização político – administrativa, com direção única dos serviços para os municípios. E conforme a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990:

Em seu Título I das Disposições Gerais, nos artigos :

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

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (SUS - Sistema Único de Saúde Legislação Básica. Secretaria de Estado da Saúde, 2001,p.20)

Segundo Bravo (2001) o SUS é um sistema, constituído por várias instituições dos três níveis de governo, União, Estados e Municípios. São complementados por setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas de serviço público. E ainda conforme a Lei 8.080 e 19 de setembro de 1990, em seu Capítulo III, onde trata da Organização, da Direção e da Gestão relata que:

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde(SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11º (VETADO) Art.

Ar 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoe epidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

(SUS-SISTEMA ÚNICO de SAÚDE LEGISLAÇÃO BÁSICA, Secretaria de Estado e da Saúde- SC, 2001, P 24,25)

Conforme a Legislação Básica do SUS (2001), este apresenta as seguintes características:

- Deve atender a todos de maneira universal, de acordo com suas necessidades, independentemente do nível social e cultural;
- Deve atuar de maneira integral, isto é, não ver a pessoa como partes, mas como um todo, que vive na sociedade excludente. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, respeitando a dignidade humana. Para Almeida (2001), a integralidade deve assumir ações de saúde:

[...] combinadas e voltadas, ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar de danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso a ações de:

- **Promoção** (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.).
- **Proteção** (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária etc.).
- **Recuperação** (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).

Essas ações de promoção, proteção e recuperação devem formar um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, devem formar também um todo indivisível, configurando-se, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35-36)

- Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas em todo o território nacional devem ser federais.
- Deve ser racional. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local.
- Deve ser eficiente e eficaz. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade.
- Deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Por isso, a idéia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional estaduais e municipais é no sentido de exercerem esse controle social sobre o SUS, respeitar o critério de composição paritária, isto é, a participação igual entre usuários e os demais, além de ter poder de decisão e não apenas ser um conselho consultivo.
- Deve ser equânime, isto é, equidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas na realidade as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. Conforme Almeida (2001):

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades
[...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa,

diminuindo as desigualdades existentes [...]. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35)

O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população. A compreensão desta dimensão poderá desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer num determinado território, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde. Para que o SUS seja um sistema único, existem princípios e diretrizes que se faz necessário frisar neste estudo, conforme o Capítulo II Art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

- I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- Direito à informação às pessoas assistidas, sobre saúde;
- VI- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- Participação da comunidade;
- IX- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- Conjunção dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

(SUS-SISTEMA ÚNICO de SAÚDE LEGISLAÇÃO BÁSICA, Secretaria de Estado e da Saúde- SC, 2001, P 23)

Tais princípios e diretrizes demonstram que para a efetivação do atendimento em saúde a população, é necessário que a atenção primária, isto é, as ações de prevenção e controle se constituam na porta de entrada do sistema; é preciso que o SUS, se faça presente da seguinte forma :

- Regionalizada: As ações de saúde devem estar organizadas numa rede de fácil acesso e qualificadas ao cidadão, e também que tenha uma proximidade das residências do indivíduo. E segundo Resende (1989):

A integração das ações se dará a partir do reconhecimento e operacionalização de várias instâncias ou níveis de atenção. A Atenção Primária ocupa essencialmente o primeiro desses níveis e corresponde ao “ponto de contato entre o indivíduo e o sistema em questão”.(REZENDE, 1989,P.109).

- Hierarquizada: as ações entre os níveis de complexidade devem estar articuladas de forma hierárquica, ou seja, compreendendo desde o nível primário da atenção, até o nível de média (secundário) e alta complexidade (terciário). Segundo a Associação Paulista de Medicina (2006), estes modelos de pirâmide foram inspirados no sistema nacional de saúde inglês.

O SUS prevê que as ações em saúde devem ser organizadas a partir de regiões delimitadas (daí o surgimento do conceito da “regionalização”), desde o nível municipal (o município, conforme suas características podem se subdividir em regiões sanitárias), passando pelo nível estadual até o federal. (KUJAWA, BOTH E BRUSCHER;2003, P.87).

Rezende (1989) argumenta que a Atenção Primária só se tornará eficaz se estabelecer harmoniosos relacionamentos entre as atividades do próprio setor e de outros setores, como os postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, entre outros. Pois a partir dessa constituição de rede, onde o usuário no primeiro momento é atendido na Atenção Básica e, caso necessite será encaminhado de forma referenciada para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública, como os hospitais e clínicas especializadas. Acontecendo encaminhamentos de referência e contra referência de atenção à saúde, dentro do município de origem e fora dele pactuado entre os gestores do SUS. Conforme Resende (1989)

O nível intermediário deve estar preparado para fazer frente aos problemas que requeiram ações mais especializadas, com os necessários recursos humanos, técnicos e apoio logístico. Portanto, entre este nível imediatamente anterior e o posterior, há que se estabelecer íntimo inter-relacionamento, uma vez que os dois últimos níveis, apesar de estarem aptos a atender uma demanda diferenciada, far-se-á necessário também desenvolver algumas ações inclusas no repertório do primeiro nível. (Rezende,1989,p.109)

Contudo, após ter estabelecidos critérios para a organização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde (Brasil 2004a), regulamenta as ações de Média Complexidade Ambulatorial MAC- (nível secundário), que é composto por ações e serviços, com a função de atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, onde a complexidade da assistência é a disponibilidade de tratamento. É vista como um lugar de produção dos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico de atenção especializada. Como consultas com especialistas, exames complementares para diagnóstico, tratamento fora de domicílio (TFD) entre outros.

Já o nível de Alta Complexidade (nível terciário), diante do contexto do SUS, engloba alta tecnologia e elevado custo, tendo a finalidade de possibilitar a população acesso a serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). Compreendendo os níveis de intervenção curativa e de procedimentos invasivos quais sejam oriundos da urgência/emergência, para manutenção da cadeia da vida ou eletivos.

De acordo com o MS (Brasil 2004a) os procedimentos de alta complexidade têm impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, de quimioterapia, de radioterapia e da hemoterapia. E para que estas ações aconteçam, de maneira a contemplar os usuários que dela necessitam é preciso:

- Descentralizar: pois é a possibilidade dos Estados adquirirem o poder para organizar a saúde de acordo com a sua realidade. Depois desta aprovação do SUS, tem ocorrido a municipalização de saúde, assumindo compromissos cada vez maiores nas ações e serviço, mas sempre dependendo dos recursos centralizados no governo federal.
- Racionalizar: para que não haja prejuízo em procedimentos desnecessários é preciso que exista um planejamento de saúde como os indicadores epidemiológicos. Por este motivo, o sistema tem que ser resolutivo, procurando sempre resolver o problema do cidadão num tempo, custo e sofrimento mínimo possível.
- Complementar através do Setor Privado: o SUS propõe que os atendimentos sejam em suas estruturas públicas, mas quando isso não for possível o paciente poderá recorrer ao sistema privado que atuará de forma complementar.

Na Lei 8.080/90, art. 22 consta que:

“na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde – SUS – quanto às condições para seu funcionamento”.

Com a edição da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000, fica claro a exigência de que a utilização dos recursos para a saúde somente será feita por um fundo de saúde. Transferências fundo a fundo, portanto, são aquelas realizadas entre fundos de saúde (ex.: transferência repassada do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais).

Estas normas visam assegurar que o controle social aconteça de forma participativa, unindo gestão e comunidade priorizando as ações de saúde no âmbito local. Para que isso ocorra é necessário que todos os estados e municípios tenham conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.

A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada).

O município é o responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual.

O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.

- **Participação da Comunidade:** quanto maior for o envolvimento da comunidade na construção e fiscalização do SUS, mais bem sucedido será o serviço de saúde. Todos que estão comprometidos neste serviço, englobando profissionais, prestadores, gestores, usuários, têm papel definido para a sua efetivação. A participação popular tem por objetivo definir as políticas públicas e a fiscalização de sua implementação pelos gestores nas três esferas do governo.

A sociedade tem duas instâncias para afirmar o controle social da política pública de saúde, que são os Conselhos e as Conferências de saúde. Esta última, conforme a lei 8.142 de dezembro de 1990 consagra os princípios fundamentais já incluídos na Constituição de 1988.

E nestas conferências é necessário que tenha o maior número possível de entidades e cidadãos. São chamados pelo gestor e quando não comparecem, o Conselho de Saúde pode convocar. Esses eventos devem acontecer a cada quatro anos. O Conselho de Saúde tem a finalidade de:

- Avaliar e contribuir na definição das políticas de saúde do município;
- Aprovar ou não os planos de aplicações do gestor;
- Apreciar o relatório trimestral de gestão;
- Fiscalizar a movimentação do Fundo Municipal de Saúde;
- Receber e encaminhar as reclamações dos usuários quanto ao não ou mau funcionamento do sistema de saúde;
- Convocar junto com o gestor, ou de forma autônoma quando este não o fizer, a Conferência de Saúde no município;
- Denunciar para o Ministério Público, imprensa e para a comunidade qualquer irregularidade cometida pelos gestores.

Diante do exposto, na construção dos fomentos de implementação do Sistema Único de Saúde, se faz necessário que toda a sociedade e gestão se tornem parceiros, para que as necessidades e possibilidades se articulem em defesa do bem comum.

Os Conselhos Municipais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde se constituem em espaços e discussões e de tomada de decisões, importantes para a comunidade. Pois é dos espaços municipais e locais que as reivindicações em saúde tomam conta das esferas estaduais e federais evidenciando os limites e possibilidades da participação popular no controle social.

3.2 A Atenção Básica

Podemos afirmar que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, que encerra todo o conjunto de ações elencadas pelo SUS, em todos os níveis da atenção e sua totalidade, ou seja, dentro dos níveis de complexidade nas três esferas de governo, concretizando os ideais constitucionais de direito à saúde. Onde a compreensão desta dimensão poderá desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo a apreensão quanto às demandas sociais emergentes no território de abrangência dos serviços de Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).

O ano de 1995 foi marcado pelo crescimento da Atenção Básica de Saúde. Esta incentivada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias municipais. Pode-se dizer que houve um avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviço de saúde, especialmente em níveis de atenção básica precária (MARQUES E MENDES, 2003).

O nível de atenção básica é o primeiro de atenção à saúde oferecida pelo SUS e consiste na junção de ações coletivas e individuais, que se referem à:

- Promoção de Saúde, ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos, como o controle de endemias (Dengue, Cólera, Influenzas, Hanseníase, Tuberculose, DST/HIV/AIDS entre outros agravos).

Para dar conta dessa operacionalização de forma organizada no nível da Atenção Básica, o SUS se utiliza das Normas Operacionais Básicas (NOB/91 e 93), que se voltam para a definição de estratégias, bem como de movimentos táticos para orientar e contemplar a funcionalidade das ações e procedimentos essenciais para o controle das endemias e outros agravos a vida do usuário.

E isso implica em um aperfeiçoar da gestão dos serviços de saúde em todo o território , visto que o município passa a ser de fato o responsável imediato das necessidades e demandas de saúde e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, para isso é necessário:

- Assistência, onde as atividades são dirigidas às pessoas, individualmente ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em espaços, em especial o domiciliar;
- Intervenções ambientais, num sentido amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- Políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de relações relativas à política macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

A Atenção Básica foi conceituada pela Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, URSS, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, de 6-12 de setembro de 1978. Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, e que representou uma manifestação histórica de justiça social, e que repercute até os dias atuais:

“A Atenção primária de saúde é um meio prático para pôr ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades a assistência de saúde indispensável, de forma que resulte aceitável e proporcional a seus recursos, e com sua plena participação” (OMS,1978,P.19).

E é importante assinalar que existem, maneiras, formas e ações que configuram as atividades de saúde pública, constituídas de ações agregadas no campo da assistência e de intervenções ambientais, tornando-se parte integrante as ações de vigilância sanitária e epidemiologia. Pois a totalidade de ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em conjunto aos estabelecimentos de saúde, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, em segmentos e subsistemas sendo um para cada município, atendendo de maneira integral a população adstrita, inserindo o Sistema Único de Saúde como forma indissociável, ou seja, num todo, para que se reproduza nas ações e garanta o direito à saúde para todos.

Sendo assim, entende-se que, embora tenhamos apresentado toda a trajetória de atendimento ao usuário na saúde e da atenção às suas necessidades, devemos ainda e muito ter políticas públicas que eliminem ou diminuam a distância entre o usuário e o Sistema Único de Saúde.

3.3 Estratégia de Saúde da Família -ESF

No entanto, a realidade é que o modelo de assistência de saúde vigente suscitava por mudanças urgentes e pensando na aproximação do sistema de saúde com o usuário, o Ministério da Saúde em 1993, entende que a partir da criação do Programa de Saúde da Família, e com a reorientação do atual modelo de atenção à saúde ,dando ênfase à atenção básica como porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, estaria ampliando a cobertura assistencial em loco.Segundo definição do MS (2002), a atenção básica é:

“...um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível da atenção dos serviços de saúde, voltados para o processo da saúde, a presença dos agravos, tratamento e reabilitação.” (BRASIL, 2002a)

Mas Teixeira (2001) argumenta que:

O esgotamento do modelo assistencial de saúde caracterizado por centrar a atenção na doença, com ênfase nas ações curativas, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades, contribuiu para que o MS, baseado na experiência de outros países como Cuba e Holanda e cidades brasileiras, entre elas Niterói (RJ) em 1991 e Itacarambi (MG) em 1993, lançasse em seu “Plano de Ações e Metas Prioritárias, as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”(Brasil1997), ocorrendo sua expansão nacional em torno de 1995. (TEIXEIRA, 2001, p.237).

O Estado objetivando uma maior inclusão social possível, porém dentro dos preceitos adotados pelo SUS, reorganiza o PSF, que em sofre uma resignificação em 1997, deixando de ser um programa para tornar-se uma Estratégia em Saúde da Família ,na atenção básica em saúde. Tentando assim concretizar os princípios norteadores do SUS, de universalidade, integralidade e equidade. É uma reforma dentro da reforma, colocando o ESF como principal porta de entrada do cidadão na saúde, tornando-se a base da saúde pública.

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o ESF como política nacional de atenção primária à saúde, foi o de adotar uma estratégia organizacional do sistema de serviços de saúde do Brasil. (MENDES, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família veio fortalecer a idéia da saúde colocada no território do indivíduo, no meio da comunidade detectando e reproduzindo as necessidades de saúde daquela comunidade.

O referido projeto elegeu como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. Com esta visão de produção de saúde, a Estratégia da Saúde da Família, visa a reversão do modelo assistencial vigente. Sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, sob forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (COSTA, 1998).

A estratégia da saúde da família esta organizada e localizada num território, por meio do trabalho em equipe, focalizando o sistema familiar, a cultura local e lidando diretamente com o cotidiano das pessoas. Sempre se deparando com situações que demandam acolhimento, vínculo, solidariedade, interação. São de ordem da imprevisibilidade, pois a cada encontro e situação, gera-se uma forma diferente de intervenção. (SOUZA, 2003).

De fato, Bravo (2007) se refere ao ESF como :

O modelo de atenção proposto pelo ESF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende ultrapassar as concepções marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive o centro da atenção à saúde. Ao mesmo tempo, o programa assume uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não aguarda a demanda que chega à unidade de saúde, processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, pretende reorganizar a demanda à medida que busca agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios. (BRAVO et al,2007,p.106).

No entanto, a visão atual do modelo de assistência, está permeado por profissionais com alta rotatividade, sem a criação do vínculo que é o foco do projeto, os níveis de atenção se distanciaram do usuário. Precisamos urgentemente de uma nova reformulação, pois a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve:

- I – ter caráter substitutivo em relação a rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV – buscar a integração com as instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V – ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006).

Atualmente a ESF, encontra-se em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em centros urbanos, vem sendo, cada vez mais, implantados em grandes cidades e áreas metropolitanas. Mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicas, as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população brasileira.

De racionalidade técnica e econômica, de integralidade e humanização do atendimento, de participação popular em saúde, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

As mudanças de práxis nesta proposta de saúde causariam uma transformação mútua entre os estabelecimentos de saúde, profissionais envolvidos com a saúde, população. Estas transformações gerariam novas formas de fazer saúde, direcionadas à demanda da sociedade e causando uma transformação social, como idealizava o Movimento da Reforma Sanitária.

E para complementar a estrutura de atenção em loco, a ESF, em 10 de julho de 2002, sob a Lei nº 10.057, *cria-se a profissão de agente comunitário da saúde*. Os agentes de saúde foram incluídos em equipes de trabalho junto ao então PSF. Essas equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnico de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade.

Nogueira & Ramos (2000) identificam no trabalho do agente comunitário de saúde, a dimensão solidária e social. As quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam possivelmente, os pólos político e técnica do programa, acima referido.

Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica de assistência. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

Em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999 b) enfatiza a necessidade de que, face ao novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho das funções.

O citado documento propondo-se a subsidiar os pólos de capacitação do PSF, as Escolas Técnicas de Saúde do SUS e outras instituições participantes do esforço de preparação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família, define, para o agente comunitário de saúde, sete competências:

- Trabalho de equipe
- Visita domiciliar
- Planejamento das ações da saúde
- Promoção da saúde
- Prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente
- Prevenção e monitoramento de grupos específicos
- Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Com o atual contexto, nossos ACS não contemplam as ações que devem desenvolver, haja vista não serem devidamente capacitados para atuarem dentro do nosso contexto sócio- econômico, político e cultural, tendo por princípios a magnitude das ações.

Tais competências e desafios visam à melhor organização e planejamento das ações e serviços de saúde em loco, ou seja, naquela comunidade, naquela família, ou com aquele indivíduo em especial. E segundo Bravo (2007):

A realidade brasileira , como se sabe, é marcada por uma profunda disparidade social e econômica entre suas regiões e municípios. Diferenças no porte populacional, capacidade fiscal e oferta de serviços de saúde têm certamente impacto no modo de produção/redifinição da política em sua face local. (BRAVO et al,2007,p.111)

Sendo assim a ESF, dividiu-se como uma estratégia de viabilização das ações de saúde do SUS no contexto familiar, tendo sua ação em loco , ou seja, no espaço domiciliar .Passa a executar a descrição de clientela, organizar um planejamento local de ações em saúde, atendendo dentro da interdisciplinaridade, buscando ver a complexidade do usuário. Em Brasil (2001) a ESF está organizada no sentido de:

...desenvolver ações que visem à consolidação do SUS, tem por objetivos: reconhecer as necessidades locais; intervir na correção de danos e nos fatores de risco do adoecer e morrer; acolher e criar vínculo com a clientela adscrita; humanizar o atendimento; realizar a integralidade das ações; melhorar o acesso da população nos vários níveis de atenção à saúde e proporcionar a efetiva participação da comunidade como sujeito pela transformação da prática assistencial. (BRASIL, 2001,p.20).

Nisso a intersetorialidade do setor público dentro das políticas sociais, visa complementar as necessidades de interpor dentro dos níveis de atenção, provocando a participação do usuário nas ações de intervenção e prevenção em saúde.

Com a implantação das equipes, espera-se que os integrantes da Saúde da Família, estejam preparados para dar soluções aos principais problemas de saúde da comunidade, organizando sua atividade em torno do planejamento das ações de saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família. (BRASIL, 2001a).

E Texeira (2001) , argumenta que:

A dupla de técnicos (médico/enfermeiros) adotados pelo Ministério da Saúde, realiza uma assistência voltada, a princípio, para os aspectos epidemiológicos, ou seja, de redução de morbi mortalidade, nas faixas etárias e situações de 'risco' determinadas, mas que ainda não consegue, em seu todo, visualizar seus usuários como sujeitos sociais, pois não foi preparada acadêmica e nem socialmente para tal. Podemos afirmar que, no momento, em sua maioria, tal modelo de assistência tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos. (TEIXEIRA, 2001 p.238)

E Embora o MS tenha deixado a cargo das necessidades e possibilidades dos gestores locais a inclusão de outros profissionais de outras categorias, Teixeira (2001,p.47) remete a incorporação de outras áreas do conhecimento à equipe, ”... dada à dimensão social do processo saúde-doença, para que de forma interdisciplinar, possam contribuir para o projeto não hegemônico”.

Bravo, et al (2007)

A interdisciplinaridade por si só, portanto, é crítica ao modelo de saberes específicos, do saber do “perito”, por estar implícita nela, a concepção de totalidade. Seu objeto de compreensão e intervenção é a realidade social.
Bravo, et al, ,2007,p.122)

As autoras Bravo, et al (2007) também sinalizam, para a necessidade de um processo de formação aos profissionais numa perspectiva de cidadania e de integralidade da atenção. A relevância da ESF, por ser implementada como estratégica para o sistema de saúde, no sentido de permitir o acesso da população à rede de saúde, visto que a demanda reprimida é ainda um grande desafio no alcance da universalização dos serviços.

3.4 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, acolhendo o usuário e resolvendo os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a redução de danos, ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Com uma nova concepção da atenção ao usuário e de suas necessidades, o Ministério da Saúde em 2003 instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Incentivando estados, municípios e serviços de saúde para a implantação de práticas de humanização, nas ações de atenção e gestão, o que contribuiu para a legitimação do SUS como política pública, pois conforme o Ministério da Saúde (2004):

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminuiu a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes - na relação queixa – conduta, automatizando – se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobre tudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas de saúde.
(Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2004, P.05)

A Política Nacional de Humanização tem o objetivo de efetivar, os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Desejamos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva como:

- 1) Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores, gestores;
- 2) Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- 3) Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- 4) Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- 5) Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- 6) Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- 7) Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- 8) Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- 9) Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- 10) Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;

11) Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Trabalhando dentro da lógica dos seguintes objetivos, evidenciando os resultados esperados:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

E para alcançar os objetivos idealizados, a Política Nacional de Humanização vem através de dispositivos ofertar aos trabalhadores, indicadores de atuação nos processos de saúde entendidos como tecnologias humanas, ou modos de implementar a humanização, o atendimento acolhedor dentro dos serviços da Atenção Básica, buscando contribuir com a efetivação da cidadania e do acesso a rede de serviços.

Dispositivos da Política Nacional de Humanização (2006):

Acolhimento Com Classificação de Risco nas unidades de saúde

Equipe de Referência e Apoio Matricial

Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde Coletiva e ativação/constituição de redes de continuidade de atenção

Construção coletiva da Ambiência

Gestão compartilhada: Colegiados, Contratos de Gestão inter e intra-institucionais

Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação;

Projeto de acolhimento do familiar e o cuidador: agenda com a Equipe de

Referência, Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico;

Programa de Formação em Saúde e Trabalho e atividades de Qualidade de Vida e Atenção à Saúde para os trabalhadores da saúde

Grupo de Trabalho em Humanização (GTH).
(BRASIL MS, Rede Humaniza- SUS, 2006)

Na Atenção Básica o SUS trabalha a Política Nacional de humanização, com algumas diretrizes específicas, indo ao encontro aos níveis de atenção.

Tratando especificamente a Atenção Básica os seguintes dispositivos:

- Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos, para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- Incentivar práticas promocionais de saúde;
- Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, à hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;
- Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde. (BRASIL, MS Rede Humaniza -SUS, 2006)

O SUS é o resultado de um movimento social, que há muito vem lutando por uma sociedade mais igual, guardando princípios, resgatando a cidadania. E a atuação do Serviço Social se faz presente diariamente, garantindo o acesso do usuário nessa rede de assistência à saúde.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

Neste capítulo, será abordado o redimensionamento da Secretaria Municipal de Saúde, dando ênfase ao Serviço Social na área da saúde ressaltando, assim o processo de trabalho no âmbito municipal do Assistente Social. E colocando que no Município de Palhoça

o Serviço Social passou por dois momentos o de implementação e de constituição de serviços ,como relatamos a seguir.

4.1 Redimensionamentos da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça foi criada em 1988, pela Lei nº 877/88, com o objetivo de desenvolver e coordenar as atividades na área da saúde do município. Em 2001, pela Lei nº 1.137/01, a Secretaria municipal de Saúde passa por uma reestruturação administrativa e passa a ser denominada Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Tendo como competências as atividades de planejamento, organização, coordenação e controle das ações de promoção à saúde no município de Palhoça. Nessa perspectiva discutir saúde é um campo proveitoso que conduz sérias indagações, pois ainda hoje a assistência nessa área é mais curativa que preventiva, não visando os aspectos legais e sociais, reproduzindo dessa forma o processo de morbidade trazendo sérias consequências para o indivíduo como um todo. Neste sentido:

A importância do trabalho de prevenção é apontada, não só pelo fato de antecipar-se às doenças, mas, principalmente, pela sua capacidade igualitária. A prevenção tem como característica intrínseca e como meta específica a igualdade de cada cidadão no campo de saúde. A ampliação das ações do SUS acarreta, portanto, um avanço das atividades preventivas no nível local devido à reorganização das Secretarias Municipais de Saúde para assumir a 'direção única' no nível local, em conformidade com a diretriz constitucional (ZUCCO ECAVALCANTI, 2002:287).

Nesse período de transição na Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, surgiram no contexto social novos conceitos e paradigmas de participação comunitária, para a garantia e universalização dos direitos sociais. A partir daí, os Assistentes Sociais executavam ações e programas para a garantia de necessidades básicas da população, com primazia ao desempenho de 04 (quatro) ações distintas e complementares da assistência:

- Inserção;
- Prevenção;
- Promoção;
- Proteção.

Em 2005, com a desvinculação das secretarias de saúde e assistência social, a Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva passou a ter mais autonomia, nas ações de saúde como: Medicina preventiva, atividades médicas e paramédicas, odontológicas, sanitárias, educação para saúde, administração ambulatorial, vigilância epidemiológica, sanitária e alimentar, combate a zoonose, saneamento básico com atividades relacionadas ao meio ambiente vinculadas às ações de saúde, pesquisa, controle e distribuição de medicamentos, exames clínicos e laboratoriais, formulação de políticas de saúde e Saneamento Ambiental, bem como controlar os projetos e as prestações de contas de todos os recursos destinados à saúde, junto ao conselho municipal de saúde.

Nesta lógica da expansão da autonomia, o Serviço Social se faz necessário para redimensionar as ações de atenção aos usuários da Secretaria Municipal de saúde, definindo como um conjunto de atitudes de iniciativa pública, com a parceria da sociedade, executando-as através de serviços, com prazos, critérios de elegibilidade, custos e especificidades pré-definidas.

Conforme Bravo e Pereira (2007):

A organização do Serviço Social toma relevância, não pelas atividades em si, mas pelo caráter das mesmas. O ato de recepcionar qualquer demanda ligada a garantir os direitos sociais, através de orientações, esclarecimentos e encaminhamentos, é uma prática que atende alguns dos interesses e necessidades imediatas dos usuários relacionados a busca por respeito, consideração, autonomia.
(BRAVO, PEREIRA, 2007, P.121)

E essa prática se apresenta na ligação da intersetorialidade das políticas públicas em especial nas existentes no município, como a saúde, educação, assistência social,

habitação, na garantia do acesso pleno do usuário aos direitos já estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

E na Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça foram definidas como ações e parâmetro para o atendimento aos usuários, os movimentos essenciais ao atendimento emergencial na área social, visando à garantia dos direitos sociais.

Nesse sentido, o profissional de Serviço Social visa ser comprometido e envolvido na luta por formular e implementar ações que atendam as necessidades sociais da população, principalmente na área da saúde, por essa razão Bravo e Matos (2004) completam:

(...) compreende-se que cabe ao Serviço Social - numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde (...) demanda profissionais comprometidos em reforçar a vinculação entre ética, política, vida social e vida profissional, pois é na realidade complexa e contraditória que exige um posicionamento ético de todos os cidadãos. (BRAVO e MATOS In: BRAVO et al, 2004, p.43).

As articulações desenvolvidas pelo Assistente Social entre as políticas sociais e setoriais, para atender as solicitações dos usuários, para os mais variados serviços e programas em todos os níveis de atenção, sejam da saúde, educação, habitações ou da seguridade social, integrando assim, as mais variadas instâncias governamentais. No sentido amplo, buscar dentro da atual conjuntura político-social, respostas à Questão Social, envolve diferentes saberes e poderes, que conforme Silva e Silva (2000):

Toda política é uma forma de intervenção na realidade social, envolvendo diferentes sujeitos. Pode ser também concebida como um conjunto de ações ou omissões do Estado. Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados e muitas vezes, concomitantes e indiferentes. Vista como mecanismo que contém contradições (.....) Como mero recurso de legitimação política ou com intervenção estatal subordinada tão-somente a lógica da acumulação capitalista (SILVA E SILVA, In:CFESS/ABEPSS,2000:67).

Consta, no Plano Plurianual de Assistência Social da Secretaria Municipal de Saúde 2002/2005, que as ações e serviços, visam uma política pública integral e organizada,

executando projetos, ações e serviços para a garantia das necessidades básicas da população, redimensionando as políticas sociais do município como educação, assistência social, saúde, habitação, entre outras. Pois conforme colocado no 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil (2005):

Entretanto a ação dos profissionais no âmbito da saúde, o que remete a participação do Assistente Social, deve estar voltada contra o projeto hegemônico do sistema capitalista, usando de estratégias, construindo mediações que permitam uma análise da totalidade, em que os interesses devem estar voltados para o coletivo. É nesse âmbito que a gestão democrática das Políticas Sociais deve ser reajustada e organizada, não é possível construirmos uma sociedade a partir dos paradigmas existentes, tendo como característica o desaparecimento dos direitos sociais no seu conceito real.

(2º SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 13 A 15 DE OUT. DE 2005-UNIOESTE –CAMPUS CASCAVEL)

Sendo assim, o Serviço Social na saúde tem concretamente o objetivo de garantir atendimento social à população do Município de Palhoça através de ações, orientações e encaminhamentos a outros programas existentes dentro ou fora do município.

Dentre os serviços executados pelo Serviço Social o Projeto Visita Domiciliar é o que se destaca, pois a centralidade das preocupações está em entender o ser humano e suas necessidades. Torna-se então necessário ao profissional do Serviço Social compreender as suas diversas dimensões, bem como o meio onde está inserido. Assim, suas atitudes profissionais no âmbito da saúde levam em consideração, a necessidade de se apropriar da instrumentalidade para a realização eficiente e eficaz da sua profissão.

E conforme a Revista Quadrimestral de Serviço Social (2003, p.45):

Caracterizado o Serviço Social enquanto disciplina de conhecimento, possibilita-se um enfrentamento aos desafios postos pela atualidade com a perspectiva de compreender-se a sua ação e construir o processo interativo. A tarefa de repensar as dimensões da competência profissional, como teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, passou a colocar-se como exigência de uma profissão preocupada com a qualificação de sua ação profissional.

(Revista Quadrimestral de Serviço Social ano XXIV –n.74,2003,p.45):

O Assistente Social enquanto profissional compreende o usuário da saúde e das demais políticas setoriais, na sua totalidade, são sujeitos coletivos e que são necessárias ações e programas, não somente de forma curativa, mas preventiva e educativa nas estratégias formuladas para resolução dos problemas sociais apresentados.

4.2 A Contribuição do Serviço Social na Garantia do Acesso às Políticas Sociais Básicas de Saúde Quanto Informações dos Usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça- SC

Este item será contemplado com uma reflexão do Serviço Social na aproximação com as realidades sociais da população, marcadas pela predominância dos resultados do sistema capitalista e dos princípios neoliberais, dentro desse processo de saúde – doença.

As competências e habilidades do Serviço Social nessa perspectiva devem estar embasadas nos conhecimentos teórico, metodológicos, pedagógicos, técnico operativo, com habilidade de decisão, comunicação, mediando ações articuladamente com intuito de promover mudança e consolidar direitos, promovendo a consciência crítica dos indivíduos, estimulando a concretização da verdadeira cidadania. Pois para Vasconcelos (2004):

Desse modo, o trabalho realizado pelos assistentes sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações dos diferentes profissionais em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, na direção dos seus interesses e necessidades, ainda que, em muitos “casos”, suas ações repercutem, na sua imediatividade, favoravelmente aos usuários, principalmente no que tange ao alívio de tensões. (VASCONCELOS, 2007, P.32)

Com o preenchimento das necessidades apontadas pelas desigualdades e vivenciadas amplamente no dia a dia do Assistente Social. É neste contexto que se persegue o objetivo de expor os direitos à saúde da população.

E conforme a Revista Quadrimestral de Serviço Social (2003):

Na atualidade há uma disputa entre dois projetos societários distintos. Na saúde a disputa se expressa entre o projeto neoliberal (que redesenha o modelo médico-assistencial privatista, culminando com uma proposta de política de saúde voltada para o mercado) e o projeto da reforma sanitária. (Revista Quadrimestral de Serviço Social ano XXIV – n.74,2003,p.113).

No Município de Palhoça o Sistema Único de Saúde - SUS, está distribuído em dezenove unidades básicas de saúde e uma Policlínica, serviços de apoio como os laboratórios e as clínicas conveniados. Todas as unidades básicas de saúde são identificadas como Estratégias de Saúde da Família, contemplando as ações de:

- Consulta médica;
- Saúde da Mulher;
- Saúde do Idoso;
- Saúde da criança;
- Sala de vacina;
- Sala de curativos;
- Farmácia básica
- Centro Psicossocial-CAPS;
- Ações de média complexidade-MAC;
- Serviço Móvel de Urgência – SAMU;
- Serviço de aconselhamento e testagem e tratamento- - DST/HIV/AIDS;
- Acolher ao Nascer – Visita diária à maternidade;
- Ações de vigilância sanitária;
- Ações de Vigilância Epidemiológica.

- Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria: Regulam o acesso dos usuários para média complexidade e as ações dos prestadores privados.

O processo de trabalho do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça, ocorre dentro das demandas assistenciais que surgem nesse espaço, que tem seu eixo principal nas interfaces da questão social com a saúde, orientada nos cuidados básicos e ênfase na atenção primária, a partir das percepções de que as condições de vida dos usuários é um fator determinante de sua saúde. Em concordância com o Código de Ética do Assistente Social, dos Princípios Fundamentais ao exercício da Profissão:

- Autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação e exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.(Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993).

O Serviço Social trabalha os processos sócio educativos visando a integralidade e a viabilização da garantia de acesso aos direitos sociais básicos. Acredita-se que a resolutividade se dá em primeira esfera, ou seja, na atenção básica. E que é no cotidiano das relações sociais que se viabiliza e se desperta a ação de promoção da saúde coletiva ou individual. Pois segundo Yamamoto (2001):

“... essa discussão sobre os processos de trabalho no Serviço social gera indagações importantes que ajudam a pensar, a ampliar uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu papel. Ultrapassar aquela visão isolada do assistente social como atividade individual do sujeito, ampliando sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho, (dessa prática) e lhe atribui características particulares. Parece ser um caminho fértil para o enriquecimento do debate sobre o exercício profissional.

(IAMAMOTO, 2001, P.70).

Assim, o processo de trabalho do Serviço Social, surge da necessidade da busca da consolidação de direitos, pois o não acesso à educação, saúde, lazer, moradia e trabalho, zeram as possibilidades dos indivíduos de se manterem através do processo produtivo, e passando a apelar para a interferência do Estado para regular os direitos e as necessidades sociais básicas.

Refletir à contribuição do Serviço Social, na garantia do acesso às políticas sociais básicas de saúde, quanto Informações dos Usuários da Secretaria Municipal de saúde de Palhoça- SC, a partir da prática profissional, na perspectiva da garantia ao acesso às políticas de saúde, quanto às informações aos usuários, é uma idéia que o nos leva à buscar através do aporte teórico e metodológico adquirido nas disciplinas, cursadas no decorrer do curso de Serviço Social, articulada à prática desenvolvida, demonstrando o quanto se faz importante o conhecimento teórico no processo de ações educativas, para então ter o domínio e passar informações sobre a constituição da rede, é fundamental para a acessibilidade dos usuários.

A informação nos serviços de saúde, é um importante instrumento-técnico na prática profissional do Serviço Social, pois ao utilizar-se desta técnica, o profissional tem por objetivo levar conhecimento e esclarecimento das informações que dizem respeito à sua clientela, tanto ao nível de seus direitos institucionais quanto aos direitos constitucionais,

partindo do conhecimento dos mesmos, não podemos desconsiderar sua experiência de vida, seu padrão de comportamento, seus valores e suas crenças. Segundo Silva (2002), é importante que:

O profissional de saúde relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se emergem, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que se torna possível uma intervenção consciente e eficaz nesta realidade. (SILVA,1990, p. 61).

Dentro da instituição, o assistente social é o medidor da prestação de serviços, entre a população alvo em que esta deverá atingir e a instituição. É importante que o profissional tenha conhecimento teórico-prático a cerca do que deverá ser informado, á quem direcionar sua ação, compreendendo-a como uma (...) *possibilidade de enfrentamento da cultura da desinformação (IBIDEM, 1994, p. 273).*

E para a efetivação do acesso se faz necessário a constituição das redes de serviços assim como, faz-se necessário que as informações sejam socializadas entre os profissionais da instituição, facilitando o acesso às mesmas, permitindo um aprendizado mútuo entre a equipe de saúde e usuários, seja no âmbito da instituição ou na sociedade, pois a participação do conhecimento rejeita sua fragmentação, um desencontro da mesma, levando o usuário a encontrar o meio mais adequado para solucionar seu problema, seu momento de vida que interfere na relação saúde e doença.

A atenção à saúde deve acontecer através da implantação de redes de referência e contra referência. Essas redes são estruturadas através de uma organização horizontal de pontos de prestem uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população. As redes de atenção à saúde constituem-se de uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, como a ESF.

Durante o seu trajeto pela rede assistencial em busca de cuidado, a pessoa doente entra em contato com as práticas de saúde; que são normatizadas por políticas de saúde, que se colocadas em prática, operacionalizam as ações cotidianas dos profissionais de saúde. Nesta dinâmica, os usuários do SUS encontram apoio em redes de pertencimento, redes formais e informais de ajuda que alteram as decisões sobre sua busca, possibilitando novos

arranjos nestes itinerários em busca de cuidados à sua saúde, implicando dessa forma no correto acolhimento desse usuário para que, tão logo seja diagnosticado sua necessidade se possa encaminhá-lo dentro da rede organizada de serviços.

A conceituação de Rede, enquanto sistema de laços realimentados provém da Biologia. Quando os ecologistas das décadas de 1920 e 1930 estudavam as teias alimentares e os ciclos da vida, propuseram que a rede é o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos: "Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes." (Capra, 1996).

Partindo do conceito definido por Olivieri (2003, p.1) "redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins".

Assim as dinâmicas de trabalho das redes supõem atuações colaborativas e se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional como, prontuários atualizados, cartões dos programas de atenção, relação dos profissionais que atuam na rede, relação dos estabelecimentos que prestam os serviços de saúde no SUS, entre outros, para a estruturação social e física da rede.

E atuar dentro dessa rede conforme as autoras Bravo, Vasconcelos, Gama. Monnerat (2007):

- . Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
 - . Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;
 - . Tentar construir e/ ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como levantar discussões e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;
 - . Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- (Bravo,Vasconcelos,Gama,Monnerat,2007,P.44)

Diante das demandas apresentadas no Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, observou-se a falta de constituição da rede de informações básicas e complementares das ações de saúde. Demandas por marcações de exames e visitas domiciliares médicas e assistenciais, se constituem fator alarmante, haja vista a descridibilidade da população no tocante à informação adquirida na sua unidade de saúde, seja ela por meio do profissional da unidade de saúde de sua comunidade e do município .

4.3 A Prática de Estágio Vivenciada na Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça – SC

A prática de estágio vivenciada ocorreu no setor de Serviço Social, junto a Unidade de Saúde Central do Município. Durante a prática observou-se que o usuário chega até o setor de Serviço Social da SMS muito fragilizado, necessitando de um acolhimento inicial e de atendimento especial na busca de informações de acesso aos serviços. Na maioria das vezes, é necessário buscar junto a unidade de referência do usuário, o motivo da não resolução da solicitação ou o porque do encaminhamento do mesmo até o Serviço Social.

Pensando em adequar as informações de acesso aos serviços de saúde, como uma estratégia de divulgar junto à comunidade a oferta da rede local de saúde, formulamos um “Folder” explicativo das rotinas e serviços essenciais, a partir das demandas que se apresentaram no cotidiano do Serviço Social da Secretaria Municipal de saúde (Ver anexo).

Este “Folder” contemplou em seu conteúdo informações sobre:

- Direito dos usuários;
- Responsabilidades dos usuários;
- Serviços de Saúde oferecidos;
- Nome do Centro de Saúde por Bairro;
- Nome da Equipe Técnica do Centro de Saúde;
- Programas de saúde por Centro de Saúde;

O processo de elaboração do “Folder” ocorreu através de anotações, que fizemos, durante o processo de observação e aprendizado no decorrer do estágio curricular obrigatório no Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça. E para entender como acontecia a relação de informação, entre os usuários da saúde e o referido serviços, buscamos junto aos ACS, que na lógica construída pelo SUS, fazem um contato diário e loco com os usuários , para entender o processo da procura de acesso aos serviços de saúde e de apoio.

Para dar prosseguimento ao processo de intervenção, foi necessário participar de cinco encontros mensais, pré-agendados, junto as equipe do PACS, da Unidade de Saúde Central, que comporta o Serviço Social.

Pois para Bravo (2001):

O processo de ação ou de intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos, exigindo uma profunda capacidade teórica para estabelecer os pressupostos da ação, uma capacidade analítica para entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações, uma capacidade de propor alternativas com a participação dos sujeitos na intrincada trama em que se correlacionam as forças sociais, e em que se situa, inclusive, o assistente social. (BRAVO, 2001, P.65).

No primeiro encontro fui apresentada para equipe pela enfermeira responsável, como estagiária do Serviço Social – Unisul, e que acompanharia a reunião como convidada ouvinte. Foram discutidas as dificuldades encontradas pelas agentes comunitárias, em assegurar junto ao usuário da Unidade de Saúde Central, um relacionamento harmonioso, em relação às informações prestadas e os serviços oferecidos pela referida Unidade de Saúde.

No Segundo encontro, a minha presença junto ao grupo, se deu como participante e usuária do SUS ,me inserindo num contexto específico e inverso, as ACS contextualizaram a rotina do trabalho realizado.Durante a conversa foi colocado pelas agentes, à pouca oferta de serviços e informações ,e que elas, enquanto agentes de ligação entre o usuário e a unidade de saúde, não conseguiam acolher e cativar o usuário , por não terem o que ofertar.

O Serviço Social foi por muitas vezes citado como única fonte segura do correto processo de informação e encaminhamentos, isso não foi relacionado somente à unidade central, mas estendido as demais unidades de saúde do Município de Palhoça, conforme os relatos das ACS, e dos usuários que relatavam ao Assistente Social durante a entrevista.

No terceiro momento, já familiarizada com o contexto histórico do trabalho das agentes comunitárias de saúde, fiz a seguinte abordagem; como podemos estabelecer um convívio harmônico entre usuários e o serviço público de saúde? As mesmas responderam que era difícil, haja vista que, todos os usuários sempre necessitam de alguma informação em relação ao acesso, tais como: consulta médica, exames, aquisição de medicamentos básicos ou de alto custo, informações de vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros. E que ao procurar uma unidade de referência não são contemplados, pela ausência de conhecimento da rede por parte do profissional, ou até mesmo por descaso.

E Bravo (2001) descreve que:

A perspectiva relacional da estrutura, das redes, dos processos é que dá margem à visualização dos ciclos, dos patrimônios, das trajetórias de fragilização e de fortalecimento dos vínculos que permitem mudar ciclos, trajetórias, na dinâmica do trabalho com recursos, redes, no trabalho das mediações globais, particulares e singulares, o que se transforma em estratégia de ação do profissional, combinada às estratégias de vida dos indivíduos em grupos. (BRAVO, 2001, P.65).

No quarto encontro, busquei junto as ACS, relatos espontâneos sobre o cotidiano das mesmas e o trabalho desenvolvido na comunidade, já que um dos critérios para atuar como ACS é residir no Bairro a ser trabalhado. E a expectativa das mesmas em relação ao desempenho do trabalho de ACS. Abordei quanto ao grande número de usuários que vinham até o Serviço Social, na busca de resoluções, que deveriam na prática estar sendo executadas pelos profissionais da ESF e pelos ACS. Então pontuamos as questões mais pertinentes e

articulamos uma maneira de contemplar em um só espaço as informações essenciais e básicas aos usuários.

No quinto e último encontro, as ACS relataram sobre a importância da participação de outro “profissional” nas reuniões de equipe, e que gostariam de ser constantemente inseridas no contexto da saúde enquanto trabalhadoras, participando de eventos e capacitações. E que com certeza ser ACS, não é o que hoje é executado por elas. Após as colocações, apresentei o “Folder”, e pontuei que foi fruto das nossas conversas durante as reuniões.

Tanto as ACS, quanto a aluna estagiária, enquanto profissional do Serviço Social, gostaríamos muito que se constitua, uma rede de serviços e de informações qualificadas de acesso. Com profissionais essenciais em todas as unidades de saúde, que as filas se desfaçam e que os serviços de apoio e diagnóstico sejam ágeis, para rápida solução e encaminhamento dos quadros agudos e agudizados.

O Folder não foi apresentado aos usuários, no momento a rede municipal não se constituía, faltando profissionais médicos e outros serviços de apoio, acontecia na secretaria Municipal de Saúde uma reestruturação interna, que culminou na necessidade de realizar concurso público para a contratação de profissionais para as mais variadas áreas da saúde.

Diante do exposto Bravo (2007) aponta a necessidade de debate do modelo assistencial:

Daí a indicação de debatermos o modelo assistencial, por ser a partir de sua definição, de sua efetivação, que se conduz uma determinada prática, identificada com uma determinada concepção teórica. Na saúde, ela aparece como exercício para o contraponto do modelo que possa contribuir para transformação, em que está implícita a concepção de totalidade. (BRAVO, 2007, P.128).

Com certeza, constituir uma rede de serviços e poder apresentá-la em “Folder” caracteriza uma organização e uma ligação entre os serviços. O que ainda não acontece no município, uma articulação para a reorganização e unificação das informações, que possam vir a contemplar as ações de saúde e os serviços de apoio, caracterizados como essenciais às necessidades dos usuários.

Nessa lógica Bravo (2007) prossegue:

O SUS/ESF, ao trabalhar com a concepção ampliada de saúde, como modelo assistencial de atenção integrada em saúde, privilegiando a atenção primária, entende que todos os conhecimentos e saberes, acumulados na interpretação desta visão, necessitam articular-se de forma horizontal, sem se sobrepor. (BRAVO, 2007, P.128)

Nesse sentido refletir o Serviço Social enquanto profissão se materializou, rompendo com idéias tradicionalistas e conservadoras, passando a ser uma atividade mediadora da prática social, pois a partir das demandas absorvidas, buscando entender o contexto social em que o indivíduo se insere, para então se constituir uma articulação voltada a atender e garantir o seu acesso à política de saúde e de atenção social.

E para Vasconcelos (2007) :

“O campo da saúde é o Campo da vida e , por isso mesmo está relacionado diretamente com economia , com o trabalho, com a cultura , com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética. Assim, a educação em saúde envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações que , extrapolando a saúde, determinam as suas possibilidades, como a infra-estrutura, água ,esgoto,iluminação, habitação entre outros.É uma educação em saúde com estas características que pode se articular aos interesses dos segmentos que utilizam o Serviço Social...”(VASCONCELOS,2007,p.430)

O assistente social se coloca na área da saúde, no sentido de contribuir com o direcionamento dos direitos sociais, na construção de novas possibilidades coletivas e de realizações. Possibilitando assim ao usuário o acesso à saúde como direito social e efetivo, ampliando a cidadania através da informação diária, na perspectiva de contribuir com a garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

Viabilizar a acessibilidade é dever ético e político do assistente social, garantir o atendimento com qualidade, desde o acolhimento é avançar na direção das necessidades do

cidadão, exige do assistente social mediação e conhecimento nas políticas de saúde e de seguridade social.

Dominarmos o leque de conhecimentos, para nos apresentarmos nos processos de trabalho em saúde, como um agente articulador nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde- SUS, e suas políticas assistenciais, assegurando seus princípios e diretrizes, fazer com que o Serviço Social avance dentro da esfera pública. Possibilitando o acesso igualitário e universal a todos os usuários do Sistema único de Saúde, utilizando todos os dispositivos possíveis na articulação das políticas sociais básicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso propiciou mais do que troca de conhecimentos. Trouxe enriquecimento profissional e crescimento pessoal, contribuindo com a minha formação de Assistente Social.

Foi durante o processo de estágio na SMS, que pude vivenciar a falta de informação aos usuários. E foi nesse espaço não evidenciado, que se aprendeu sobre constituição de redes e a garantia de direitos dos usuários da saúde.

As experiências de campo de estágio levaram a uma reflexão, sobre a prática profissional do Assistente Social, e do profissional que se deve ser. Pois o Serviço Social desenvolve ações, principalmente, de caráter sócio-educativo, buscando viabilizar o acesso a direitos sociais, com objetivo de efetivar a cidadania.

Aprendeu-se que para ser um Assistente Social, comprometido com os direitos já garantidos não basta apenas a graduação, é primordial se apropriar da essência de ser Assistente Social. Onde os fundamentos Teórico- Metodológicos do Projeto Ético-Político e do Código de Ética são à base de sustentação da profissão.

O Folder, como produto da prática de estágio, não é solitário no enfrentamento das questões atribuídas a falta de informação dos usuários, em relação a uma rede de serviços não constituída. Mas representa um movimento na direção da apropriação dos direitos e da construção da cidadania.

Dessa forma, recomendamos a Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça ter como princípios primordiais no atendimento aos usuários da saúde por parte dos profissionais do Serviço Social, divulgação ampla, sem restrições dos benefícios, serviços e programas disponíveis no município e na rede de assistência do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

AZEVEDO, M. A & GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Editora Cortez . 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. 20 ed., Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: 50 milhões de brasileiros atendidos**. Brasília, 2002. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996.**

Brasília, DF, out. 1996. Disponível em: www.portal.saude.gov.br .

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília:Senado

Federal, 2004. Disponível em: www.senado.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica Guia prático do programa de Saúde da Família.** Brasília, 2001. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997.** Brasília, DF, dez. 1997. Disponível em: www.portal.saude.gov.br .

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde . Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: www.portal.saude.gov.br .

BRASIL.Lei Orgânica da Saúde de n.8.080/90 e Lei Complementar de n.8142/90.

BRAVO, Maria Ines Souza e PEREIRA, Potyara.A. (Orgs). **Política social e democracia.** 2ª Ed. São Paulo: Editora Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Editora Cortez , 2007.

BRAVO, VASCONCELOS, GAMA, MONNERAT (orgs). **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2007

CFESS/ABEPSS. **Políticas setoriais e por segmentos: Saúde. Programa de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais - Módulo 3.** Brasília: CEAD/NED UnB, 2000.

COSTA, Alfredo Bruto da. **Exclusões Sociais.** Gradiva Publicações, 1998.

DA RÓS, Marco Aurélio. **Políticas públicas de Saúde no Brasil.** Florianópolis: In Mimio, 2004.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Cone, 1996.

FIOCRUZ, **Conceitos sobre Redes.** SEMINÁRIO INTERNO – NGBS GESTÃO DE REDES. 18 e 19 de Abril de 2009. Disponível em : www.fiocruz.br

GERSCHMAN, S. **A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990.** *RAP.* Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34 Rio de Janeiro, 2000.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos e Pesquisa .** 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela, **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e Formação Profissional** ,5º edição, São Paulo: Cortez, 2007.

KAJAWA, Henrique. **Direito à Saúde com Controle Social.** Passo Fundo : CEAP, 2003.

LOAS, Lei Orgânica dos Assistentes Sociais, CFES, 1994. Disponível em: www.cfess.org.br

MAGALHÃES, B. R. C. **Fantástico e realidade cotidiano: visões possíveis.** Leitura Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras (UFAL), Maceió, v. 01, p. 197-213, 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia e KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em serviço social. **Serviço Social e Sociedade** nº 45, São Paulo: Editora Cortez, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana**. Brasil (1988).Disponível em:www.portal.saude.gov.br. Acesso em 24 de agosto de 2009.

OLIVIERI, Laura. A importância histórico-social das Redes. Rede de Informações para o Terceiro Setor. Disponível em: www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmes_jan2003

PAIM J.S., ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Produzir para Viver: Caminhos da Produção não Capitalista**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Editora São Paulo: Senac, 2002.

SILVA, Jaqueline Oliveira e BORDIN, Ronaldo. **Educação em Saúde**. Porto Alegre: Editora Ducam, 1990.

SOUSA, Maria Luiza. **Serviço Social e Instituição – A questão da Participação**, 5ªed., Lisboa: Editora Cortez, 2003.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. *In*: Reforma **Sanitária Itália e Brasil**. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: Editora HUCITEC – CEBES,1989.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S. & VILASBOAS, A.L. **SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v.VII, n.2, p. 7-28, abril/jun 1998.

TEIXEIRA, M. Ética e Saúde: as dores do seu contexto. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, abr. 1997.

TEIXEIRA, M.J.O. **O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol**. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria . **A Prática do Serviço Social, cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde**, São Paulo: Editora Cortez, 2007.

VILAÇA, Eugênio. **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das políticas sanitárias o Sistema Único de Saúde**. 2ª Ed., São Paulo: Editora Hucitec, Rio de Janeiro,2005.

ZUCCO, Luciana, Patrícia; CAVALCANTI, Ludmila Fontenela. Elementos para análise da política de Saúde na década de 1990:os assistentes sociais como atores na construção do espaço público In: **Saúde em Debate**, Revista n.62, V.26, set/dez, 2002

ANEXOS

PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a:

- a) possíveis diagnósticos;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
- d) resultados dos exames realizados;
- e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;
- h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;
- i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;
- j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- k) evolução provável do problema de saúde;
- l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;
- m) outras informações que forem necessárias;

III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde;

IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

- a) motivo do atendimento e/ou internação;
- b) dados de observação e da evolução clínica;
- c) prescrição terapêutica;
- d) avaliações dos profissionais da equipe;
- e) procedimentos e cuidados de enfermagem;
- f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
- g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
- h) identificação do responsável pelas anotações;
- i) outras informações que se fizerem necessárias;

V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter:

- a) o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) clara indicação da dose e do modo de usar.
- c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;
- d) textos sem códigos ou abreviaturas;
- e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e
- f) a assinatura do profissional e a data;

VII- recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;

VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário;

IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:

- a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;
- d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e
- e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade que está sendo encaminhada.

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:

- a) a integridade física;
- b) a privacidade e ao conforto;
- c) a individualidade;
- d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos;

- e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) a segurança do procedimento;
- g) o bem-estar psíquico e emocional;

IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada;

V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida;

VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente;

IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

X - a escolha do local de morte;

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;

XIII - a opção de marcação de atendimento por telefone para pessoas com dificuldade de locomoção;

XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e

XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas.

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

I - a escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo;

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;

III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;

IV - a obtenção de laudo, relatório e atestado médico, sempre que justificado por sua situação de saúde;

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

VI - a não-submissão a nenhum exame de saúde pré-admissional, periódico ou demissional, sem conhecimento e consentimento, exceto nos casos de risco coletivo;

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica e social;

IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados;

X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso;

a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa;

b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados;

c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido;

XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e

XII - a participação nos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS.

Art. 6º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Parágrafo único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre:

- a) queixas;
- b) enfermidades e hospitalizações anteriores;
- c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas;
- d) demais informações sobre seu estado de saúde;

II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;

IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;

V - assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;

VI - contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;

VIII - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

IX - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Portaria;

X - ficar atento às para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde

e a da comunidade, e adotar medidas preventivas;

XI - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;

XII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida;

XIII - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e

XIV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre:

- I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS;
- II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;
- III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e
- IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

§ 2º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a:

- I - endereços;
- II - telefones;
- III - horários de funcionamento; e
- IV - ações e procedimentos disponíveis.

§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população:

- I - nome do responsável pelo serviço;
- II - nomes dos profissionais;
- III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e
- IV - ações e procedimentos disponíveis.

§ 4º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.

§ 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre:

- I - formas de participação;
- II - composição do conselho de saúde;
- III - regimento interno dos conselhos;
- IV - Conferências de Saúde;
- V - data, local e pauta das reuniões; e
- VI - deliberações e ações desencadeadas.

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Art. 8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

Parágrafo único. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, comprometem-se a:

- I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;
- II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Portaria, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;
- III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;
- IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Portaria;
- V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do Sistema Único de Saúde;
- VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de:
 - a) otimizar o financiamento;
 - b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde;
 - c) melhorar as condições de trabalho;
 - d) reduzir filas; e
 - e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

Art. 9º Os direitos e deveres dispostos nesta Portaria constitui em a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Parágrafo único. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deverá ser disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e na internet, no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Fica revogada a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63 de 31 de março de 2006, seção 1, página 131.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

SEUS DIREITOS

Ser tratado com respeito e cordialidade
 Participar e discutir seu tratamento de saúde
 Ter garantido sigilo dos profissionais envolvidos no atendimento
 Ter acesso garantido aos serviços de saúde, e seus benefícios.
 Ser informado de seus direitos e deveres ,obter toda informação necessária e com clareza.

SUAS RESPONSABILIDADES

Chegar no horário dos agendamentos com seu cartão de saúde.
 Informar ao seu Agente de Saúde qualquer mudança de endereço.
 Usar os serviços de saúde de maneira apropriada.
 Comparecer ao serviço de saúde sempre que agendar alguma consulta ou exames. Quando impossibilitado, desmarcar com antecedência o agendamento, para que outro possa utilizar o serviço.

SERVIÇOS DE SAÚDE OFERECIDOS

- Hipertenso e Diabético
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança e do Adolescente
- Centro de Especialidades Odontológicas
- Saúde Mental
- Ações de Média e Alta Complexidade
- DST/HIV/AIDS

Como marcar uma consulta para clínica médica?

Você pode marcar uma consulta de Clínica Médica:
 Segunda a Sexta-feira às 7:00 às 19:00



Equipe PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS (PACS)
 BAIRRO CENTRO

Policlínica Central

Aberta das 07h00 às 19h00 horas de segunda a sexta – feira.

Equipe PACS:
 Enfermeira
 Agentes Comunitários de Saúde:

EQUIPE TÉCNICA POLICLÍNICA

Médico clínico geral
 Médicos Especialistas
 Enfermeiros
 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

O que é o Programa de Saúde da Família e PACS?

É uma estratégia do Sistema Único de Saúde para facilitar a entrada de você, cidadão, ao serviço de Saúde.

Agora você tem uma equipe de Saúde a quem procurar.

Dependência Química

Para problemas com álcool e drogas procure nosso serviço de saúde mental das 13:00 as 17:00h de segunda a sexta na Secretaria municipal de saúde.
 Distribuição de Camisinha

Basta trazer seu “cartão do posto” ou o número de seu prontuário.

Se você necessita de um atendimento imediato por alguma urgência ou um problema rápido você deve se dirigir ao posto de referência para avaliação e conduta.

Lembre-se, se você está procurando nosso serviço por Problemas graves ou suspeita de fraturas você deve procurar nosso pronto socorro de referência, no Hospital Regional de São José, ou telefone para o SAMU 192.

Pacientes com consultas marcadas terão total prioridade.

Como agendar uma consulta de especialidades?

Com cartão de agendamento e encaminhamento médico para determinada especialidade você deverá ir na sua unidade de saúde de referência para solicitação de agendamento via Central de marcação de consulta.

Visita Domiciliar

Caso considere necessária uma visita de um profissional de saúde em sua casa, procure seu agente de saúde para orientação e para realizar o agendamento.

Distribuição de preservativos (camisinha) em todas as unidades de saúde, procure sua unidade de referência para orientações .

Vigilância Sanitária

Problemas com roedores, mosquitos ou falta de higiene em vendas, biroscas, mercados ou restaurantes da área procure nossa equipe das 13:00 às 19:00, na Secretaria Municipal de Saúde, no Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Palhoça (48) 3279-1700.

Vigilância Epidemiológica

Ações de vacinas e controle epidemiológico em todas as unidades de saúde do Município Programa de Atenção a Saúde do Idoso

O Programa de Atenção a Saúde do Idoso conta com diversos grupos e atendimentos em cada unidade de saúde sua referência, procure seu agente comunitário de saúde para informações.

Saúde Bucal

Procure informações com seu agente comunitário sobre sua Saúde Bucal e palestras, aplicação de flúor e kits de escovação.

Serviço Social da Saúde

Atendimento do serviço social: segundas, quartas e sextas das 07:00 às 12:00 h, na Policlínica .

Visita Domiciliar do Serviço Social: terças e quintas -feiras da 8:horas as 12horas

Laboratório Municipal

Coleta de exames da rede municipal de assistência médica. De segunda a sexta das 6:30 as 9:00 horas, com requisição.de exames

SAMU Quando chamar?

Em casos de emergência e que a unidade de saúde não consegue atuar no momento (parada cardio respiratória, afogamento, hemorragias de grande volume, infartos agudos etc.) sempre responda ao questionário é fundamental conhecer o endereço e o quadro inicial do paciente, haja vista o envio da unidade de atendimento.