

# O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA

## The SOCIAL SERVICE AT ATTENTION HEALTH CARE: THE PERCEPTION OF THE PROFESSIONAL STAFF

LAURA LETÍCIA DE SOUZA\*  
LÚCIA BARBOZA DOS SANTOS\*\*  
JOSIANE FERNANDES LOZIGIA CARRAPATO\*\*\*

### RESUMO

---

O presente estudo teve como objetivo verificar a percepção da equipe técnica de saúde, em relação ao papel do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde no município de Pederneiras. Utilizou-se de pesquisa qualiquantitativa, realizado em um universo de 11 profissionais, que atuam diretamente no atendimento da população das Unidades Básicas de Saúde. O instrumental para coleta de dados foi o questionário com perguntas abertas e fechadas. O estudo deu-se no período de fevereiro a outubro de 2012. A hipótese de que direitos deixem de ser efetivados ou são parcialmente efetivados devido à falta do profissional do serviço social foi comprovada, à medida que profissionais de outras áreas realizam o atendimento sem o ter o conhecimento ético-político, teórico-metodológico, técnico-operativo, inerentes Serviço Social.

**Palavras-chaves:** Atenção Básica. Serviço Social. Unidades Básicas de Saúde.

---

\* Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Mestre Josiane Fernandes Lozigia Carrapato.

\*\* Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Mestre Josiane Fernandes Lozigia Carrapato.

\*\*\* Professora do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Com Graduação em Serviço Social pela ITE (1994), é Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Terapia de Casais e Famílias, Especialista em Administração dos Serviços de Saúde Pública e Administração Hospitalar. Atualmente é doutoranda em Saúde Coletiva pela UNESP/Faculdade de Medicina de Botucatu. . Tem experiência na área de Serviço Social e Saúde Pública com ênfase em Serviço Social Aplicado Terapia de Casal e Família e Administração de Serviços de Saúde Pública e Hospitalar.

## **ABSTRACT**

---

The present study aimed to examine the perception of crew health, regarding the role of social work in basic health units in the city of Pederneiras. We used qualitative and quantitative research, conducted in a population of 11 professionals, who work directly in the care of the population of basic health units. The instrument for data collection was the form with open and closed questions. The study took place from February to October 2012. The hypothesis that rights are no longer effected or are only partially accomplished due to lack of professional social work was established, as professionals in other fields perform the service without having the knowledge ethical-political, theoretical- methodological, technical- operating inherent Social Service.

**Key -words:** Primary Care. Social Service. Basic Health Units

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo representa um esforço no sentido de propiciar uma reflexão crítica sobre o trabalho do Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde, bem como suas competências e a visão da equipe técnica.

Para compreensão do processo acreditamos ser de grande valia contextualizar o histórico do SUS, sendo ele hoje a mais importante política social, estando inserido na seguridade social, juntamente com a previdência e Assistência Social.

As Unidades Básicas de Saúde são as “portas de entrada” para o SUS, e a atuação profissional do serviço social nas mesmas é voltado a descobrir todas as possibilidades de ação, já que o campo de expressões da questão social apresenta concretas desigualdades, onde os direitos sociais são constantemente ameaçados, inclusive o direito a saúde e à vida.

A saúde não significa apenas ausência de doenças, mas também a sua prevenção, sendo este profissional capacitado para trabalhar em todas as fases deste processo, prevenção, diagnóstico, doença, cura ou até mesmo ao óbito.

Teve por objeto de estudo a intervenção do serviço social nas Unidades Básicas de Saúde. Conforme diz GIL (2004) “O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”. Em outras palavras podemos dizer que a pesquisa é a forma de desvelarmos a realidade a partir de métodos e técnicas.

A partir desta realidade vivenciada junto aos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, percebeu-se então a necessidade de se desenvolver um estudo acerca desta temática e desvelar a real necessidade percebida pelos demais profissionais da equipe técnica nas Unidades Básicas de Saúde quanto à importância de uma equipe composta por profissionais de áreas de conhecimento diversos, unindo às ciências humanas e biológicas, no atendimento do usuário na sua totalidade.

O tema escolhido foi analisado e refletido a partir da necessidade dos usuários na falta destes profissionais para garantia de direitos, bem como mostrar a importância da atuação, tendo como objeto de estudo a intervenção do serviço social nas Unidades Básicas de Saúde, e

sendo o mesmo realizado no período de fevereiro a outubro de 2012 nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pederneiras.

Realizou-se um estudo utilizando-se de formulário com perguntas abertas e fechadas, visando respostas quantitativas e qualitativas para que os dados se complementem. O universo da pesquisa foram os 217 funcionários, das dez Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pederneiras, sendo onze profissionais pesquisados, sendo uma amostra probabilística intencional.

O pré-teste foi aplicado com 36% dos sujeitos para verificação da operatividade, fidedignidade, clareza e eficácia das questões.

A hipótese de que com a falta de profissionais de serviço social nas Unidades Básicas de Saúde comprovou-se, e muitos direitos deixam de ser efetivados, sendo que muitas vezes profissionais de outras áreas fazem esse atendimento sem ter o conhecimento ético-político, teórico- metodológico e técnico-operativo inerentes a profissão de serviço social.

Elaborou-se a análise e discussão dos resultados da pesquisa mediante ao embasamento propiciado pelo estudo para realização da pesquisa, sintetizando os resultados do estudo apresentam-se as conclusões.

## **2 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

Na era da colonização, a deterioração das condições de saúde pública do Brasil trouxe grandes desafios para a qualificação dos serviços de saúde no país. Desde o Brasil Império a saúde da população era totalmente precária por falta de profissionais, devido ao déficit nas condições de saneamento básico nas cidades e principalmente pela ineficiência e/ou ignorância do governo em colocar a saúde como um dos fatores essenciais para o desenvolvimento do país. A ausência de condições digna de vida culminou em várias lutas e movimentos sociais.

No período da colonização no país, a população sofreu com vários surtos de epidemias, eram raros os médicos que se disponibilizavam a trabalhar no Brasil devido aos baixos salários e a periculosidade que teriam de enfrentar. “Em 1789 havia na cidade do Rio de Janeiro apenas quatro médicos”. (INDRIUNAS, 1789).

As precárias condições de saneamento básico e a falta de um trabalho educativo com a população contribuíam para o alastramento dos surtos epidêmicos. A ausência de profissionais, a dificuldade de exercer a profissão, o medo de submeter aos tratamentos e a falta de capital aos menos favorecidos para custear uma consulta levavam a população sem distinção de classe social, a buscar assistência à saúde nos curandeiros, negros ou indígenas.

Nesse período pouco se fez por melhorias na saúde pública do país. Somente com a chegada da corte portuguesa, inicia algumas ações em busca de minimizar o quadro problemático da saúde pública no país, com a criação das duas primeiras escolas de medicina, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Também em 1829 foram criadas a Imperial Academia de Medicina e a Junta Higiene Pública, mas não foram suficientemente eficazes para sanar a precariedade da saúde da população. (FILHO, 1998).

O aparecimento de várias enfermidades como a varíola, febre amarela, cólera entre outras ocasionou a morte de milhares de pessoas. A ausência de serviços e profissionais de saúde fazia com que as doenças disseminassem rapidamente aumentando a taxa de mortalidade. Entre os anos de 1850 a 1889 havia aproximadamente 36 mil mortes febre amarela e 15 mil mortes varíola. A era da colonização termina sem soluções para a melhoria da saúde pública no país. (FILHO, 1998).

Nos primeiros anos da República o lema era: modernizar o país a todo custo, nesse período o país vivenciou uma onda de surtos epidêmicos. Entre os anos de 1890 a 1899 houve aproximadamente 20 mil mortes por febre amarela e 9 mil mortes por varíola. A falta de estrutura, ausência de serviços e profissionais especializados e eficientes na área da saúde impossibilitava a elaboração e a implantação de ações eficientes e efetivas de modo a estabelecer a prevenção, promoção e reabilitação da saúde (FILHO, 1998).

A população se encontrava diante de um quadro de risco pessoal e social devido à deficitária condição de saúde pública do país. Os surtos de epidemias eram constantes e não havia recursos materiais e humanos suficientes para sanar as moléstias que assolava o país. Conseqüentemente o destino de várias pessoas contagiadas pelos surtos epidêmicos era a morte.

Mediante a fase catastrófica a qual se encontrava a saúde pública brasileira, o governo federal disponibilizou aos médicos higienistas cargos importantes na administração pública com a finalidade de fiscalizar e sanar os surtos de epidemias que contagiava e assustava toda a população. Nessa administração os médicos eram responsáveis em divulgar as regras básicas de higiene, e é nesse período que surgiu a hospitalização compulsória das vítimas das doenças

contagiosas e dos doentes mentais, afastando os enfermos do convívio familiar, a qual se tinha a única assistência humanizada a saúde.

Neste contexto, mesmo com as práticas defasadas e positivistas, a saúde começa ser pensada no coletivo, pela incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção. É nessa fase que os governos republicanos elaboram Planos de Combate às enfermidades, assumindo o seu papel de “zelar” pela saúde da população, não se restringindo a intervir somente em épocas de surtos epidêmicos. Mediante o exposto surge a política de saúde com a intervenção do Estado na área da saúde individual e coletiva, relacionando-a com vários fatores que as condicionam como: educação, alimentação, transporte e trabalho sendo pensada coletivamente e articulada com outras políticas da sociedade (FILHO, 1998).

Durante o período da República Velha, o país foi governado pelas oligarquias, a cafeicultura brasileira era o principal setor da economia, que concedia aos fazendeiros grande poder de decisão na administração federal. Nesse período inicia-se a era da modernização com as reformas das principais cidades e dos grandes portos. Essa nova etapa do país favoreceu a industrialização ocasionando um aumento acelerado da população urbana e a vinda de imigrantes. Devido à falta de planejamento do país e a crescente expansão demográfica, a industrialização disseminou o aumento e o surgimento de vários problemas sociais, entre eles, a falta de moradia, de saneamento básico e de higiene pública contribuindo para a maximização de grandes surtos epidêmicos.

A era da industrialização inicia com benefícios somente para a classe dominante e para sanar os surtos de epidemias que prejudicavam a economia local. Neste sentido a intervenção no meio rural somente aconteceria se os problemas sanitários afetassem a produção agrícola. As oligarquias buscaram apoio na ciência da higiene para examinar minuciosamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Nesse “período foram criados os primeiros laboratórios de pesquisas médico- epidemiológico, com a finalidade de melhorar as condições sanitárias das áreas fundamentais da economia”. (FILHO, 1998).

A preocupação com os problemas sanitários se limitava na preservação da economia, a intenção do governo era formular estratégias para que a precariedade da saúde da pública não atingisse e não colocasse em risco a economia local. A industrialização chega para os ricos e os miseráveis continuam a mercê com a ausência de condições dignas de vida. Essa época o Brasil buscava mudanças no cenário atual no sentido de instaurar a desejada Ordem e Progresso. O progresso estampado na bandeira do país se instala somente em benefício da classe dominante, que segundo FILHO, 1998:

[...] a proclamação da República em 1889 foi embalada por uma idéia: modernizar o Brasil a todo custo e para muitos o lema positivista Ordem e Progresso, inscrito na bandeira Nacional, só começaria a concretizar-se a partir do momento em que o país contasse com uma “Ditadura Republicana”, fiadora da necessária ordem, e com um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora do progresso nacional.

Diante do contexto, com a industrialização iniciam-se as transformações urbanísticas e sanitárias que trouxeram melhorias para a higiene pública brasileira, onde somente foram privilegiadas com saneamento básico e serviços de energia as elites econômicas, conseqüentemente a população brasileira menos favorecida e principalmente as da área rural, não foram beneficiadas das condições básicas para se ter uma boa qualidade de vida. As condições de saúde da população rural eram totalmente precárias, muitos eram acometidos pelos parasitas intestinais, doenças de chagas, malária e tuberculose, a população pobre padecia sem qualquer assistência à saúde.

O quadro deplorável da saúde pública possibilitou a renovação do serviço sanitário, propiciando expectativas quanto à superação do cruel passado das condições de saúde da população. O serviço sanitário tinha como objetivo prevenir e combater as enfermidades fiscalizando fábricas, estábulos, hospitais, bares e cemitérios.

Nesse período ocorreram a proibição da intervenção das pessoas que usavam de qualquer subterfúgio para a cura de doentes, a intervenção e o tratamento somente poderiam ser realizados através dos médicos. Foram criados os institutos de pesquisas para assegurar a eficiência das ações dos higienistas e dos fiscais sanitários, mas a saúde pública continuava deficitária, devido à falta de recursos a que as oligarquias se recusavam a disponibilizar.

No governo de Rodrigues Alves, o médico Oswaldo Cruz assume a diretoria do principal centro de pesquisa o Instituto Soroterápico de Manguinhos que tinha como finalidade inicial produzir soros e vacinas, o médico trouxe diversas transformações para o instituto tornando-o um dos mais apreciados laboratórios do mundo. A atuação de Oswaldo Cruz trouxe melhorias para a saúde pública brasileira, mas em meio a um posicionamento equivocado quanto ao enfrentamento das epidemias, reuniram várias pessoas para invadir as residências da população, destruindo e queimando roupas e colchões. Esse fato provocou o sentimento de

repugnância da população, que se surpreenderam com essas ações de repressão, sem qualquer tipo de respeito pelo indivíduo que continuava padecendo sem assistência básica a saúde. Diante dessa ação observamos a importância da Constituição Federal de 1988 que assegura o direito à privacidade e afirmamos quem sem ela não haveria ordem e progresso social.

A repressão toma um novo rumo quando o Congresso Nacional aprova a lei que estabelecia a obrigatoriedade da vacina. A população com medo dos efeitos e sem saber a composição do medicamento, se organizaram contra a lei, dando início a vários conflitos com policiais. Diante do quadro de conflitos e a morte de vários manifestantes o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, levando o Estado e a medicina a pensar na sociedade após os confrontos que ocorreram e que ficou conhecido como a Revolta da Vacina. Diante do exposto encerra-se o mandato do médico Oswaldo Cruz, com realização da primeira medida sanitária no país, mas sem eficiência e eficácia quanto às melhorias da saúde pública.

Como visto a saúde pública do país passou por várias fases conturbada, sem qualquer garantia de proteção, as populações menos favorecidas não eram alocadas como cidadãos de direitos, pois direitos no passado brasileiro praticamente inexistiram. A realidade da população quando contaminadas pelos surtos endêmicos eram buscar assistência à saúde em curandeiros ou esperar pela morte. A assistência à saúde somente teve uma remodelação quando começa a ser questionada com a chegada dos imigrantes europeus no país que formaram a primeira massa de operários. Esse questionamento realizou-se sobre fortes formas de pressão como greves e manifestação.

Em 1923 surgiu a Lei Elói Chaves, com a criação das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), essas caixas ofereciam assistência médica parcialmente a população trabalhadora urbana. O Estado não participava nesse modelo de assistência, sendo que essas instituições eram dirigidas pelas empresas que disponibilizavam benefícios aos seus funcionários. A primeira CAPs foi a dos ferroviários. (CARRAPATO, 2011)

A neutralidade do Estado em relação à população era evidente, nesse período não havia o compromisso do Estado em zelar pela população que eram desprovidas de recursos necessários para se ter uma boa qualidade de vida. A população dessa época sofreu muito pela ausência de assistência à saúde e o único refúgio era buscar assistência em hospitais filantrópicos onde eram tratados como indigentes e miseráveis por não ter condições de custear o tratamento.

No governo de Getúlio Vargas inicia-se um ministério próprio entre a área sanitária e o setor da educação (Ministério da Educação e Saúde) o que ocasionou uma ampla

remodelação dos serviços sanitários do país. “Em 1930 as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)” que passam a ser dirigidos por entidades sindicais. Com a remodelação dos serviços surge o compromisso do Estado de zelar pelo bem estar sanitário da população trabalhadora (CARRAPATO, 2011).

Segundo FILHO (1998 Apud SILVA):

O dever da assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento.

Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual...

A nova fase do país inicia-se com o movimento de educação na área da saúde, com a finalidade de instigar a população na adequação de novos hábitos de higiene, e nesse sentido modificarem o cenário catastrófico de surtos epidêmicos que devastava principalmente a população pobre do país. Para que o movimento obtivesse resultados utilizavam estratégias como: a divulgação de cartazes, panfletos e mensagens higienistas em emissoras de rádio, sendo ações ineficazes devido à taxa de analfabetismo que se encontrava o país.

Nesse período obteve destaque os cursos de formação de enfermeiras sanitárias, essas ficavam com a responsabilidade de fiscalizar os bairros carentes, orientando e educando a população sobre as regras básicas de higiene e quando necessário encaminhando os doentes mais graves aos hospitais públicos. Com o desenvolvimento do trabalho preventivo e educativo com a população houve uma notável diminuição do quadro de mortes por epidemias, mas por outro lado aumentaram o quadro de doenças endêmicas como à esquistossomose, doença de chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase, elevando o Brasil no patamar dos países mais enfermos do mundo.

A saúde pública continuava em condições precárias, as críticas ao governo Vargas eram constantes, devido à falta de financiamento, de tratamentos e de hospitais que não eram suficientes para atender toda a população enferma. Como nos dias atuais a população empobrecida sofria e morria sem receber a assistência à saúde necessária para minimizar e/ou sanar o sofrimento e a dor. Com o evidente descaso para com a saúde pública “em 1953 foi

criado o Ministério da Saúde”, que procurou combater as doenças que se alastravam por todo o país. A falta de recursos financeiros, humanos e o clientelismo dificultaram a atuação do Estado no desenvolvimento de ações eficazes e efetivas, visto a melhoria na expectativa de vida e as condições de saúde da população (FILHO, 1998), Segundo FILHO (1998 APUD Pinotti,):

[...] Naquele período a esperança média de vida de um brasileiro era de 51 anos em Porto Alegre, 49 em Belém e 37 em Recife. Tais índices eram semelhantes aos da população de Suécia em meados do século XIX, antes, portanto, do desenvolvimento das práticas de prevenção e combate as infecções. No interior a situação era ainda pior, calculava-se que o habitante de sertão nordestino viveria em torno de 30 anos – média de vida da população europeia no momento mais crítico da Idade Média.

O Ministério da Saúde priorizou a prestação de assistência á saúde para a população rural que era excluída de tais recursos. A outra parcela era atendida em hospitais e clínicas própria ou conveniada com os Institutos de Pensões e Aposentadorias. Logo com a saúde garantida aos segurados, as Caixas e os Institutos elevaram a porcentagem destinada ao pagamento de tratamentos médicos, o que demandou a previdência assumir as ofertas de assistência medicohospitalar aos trabalhadores, tornando deficiente a qualidade dos serviços.

Mediante a nova gestão a saúde pública do país obtém um avanço, mas continua deficitária, visto que com a decadência da qualidade dos serviços, nesse patamar surgem às extensas filas para o atendimento em portas de hospitais, as consultas não passavam de minutos e havia muito obstáculo para o internamento de pacientes em estado crítico. Isso se reflete até nos dias atuais, a assistência à saúde mesmo sendo assegurada por lei não está em muitos casos sendo efetivada, pois uma parcela da população ainda sofre e padece em filas para conseguir atendimento e leitos em hospitais. Quando conseguem vaga não obtém qualidade no atendimento e quando conseguem leito padecem nos corredores dos hospitais.

Nesse período, o setor privado da medicina passou a pressionar os governos a diminuir ou cessar os planos de construção de hospitais públicos, alegando que o Estado não deveria competir com a medicina privada, mas sim disponibilizar aos empresários recursos financeiros

para a criação de uma rede de clínicas e hospitais que prestariam serviços à população, institutos e ao próprio governo mediante ao pagamento.

Diante do exposto o governo aprova leis que garantiam privilégios para o setor privado. De um lado a elite econômica se beneficia muito mais das verbas públicas do que a população que realmente necessitava de assistência à saúde. Buscando aperfeiçoar o sistema, o governo Federal aprovou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), após as inúmeras reclamações dos trabalhadores e a dificuldade de administração dos institutos. Como forma de tornar o sistema mais abrangente o IAPs se unifica, tornando igualitário o percentual de contribuições a serem pagas pelos trabalhadores filiados aos institutos. A unificação dos serviços pelos institutos não trouxe melhorias para os assegurados.

Nesse período a miserabilidade assolava o país, as condições de saneamento básico ainda eram precárias, em muitos locais a população se encontrava consumindo água sem tratamento. O consumo das águas poluídas e a falta de uma alimentação de qualidade facilitaram o adoecimento de várias crianças acarretando infecções intestinais, elevando gradativamente o índice de mortalidade infantil.

Diante do exposto o Ministério da Saúde ficou com a responsabilidade de desenvolver ações voltadas à assistência as crianças e as mães, mas não foram suficientemente eficazes na resolução do problema. Diante do quadro alarmante de mortes, as críticas ao governo aumentaram dando origem a movimentos sociais como a Liga das Camponesas que tinha como objetivo lutar pela melhoria das condições de vida da população, situando na luta contra a fome, doenças e exploração do trabalhador. Nesse período inicia-se a “politização da atividade de médicos e epidemiólogos, a prática da medicina passa a ser compreendida como uma prática social habilitada para lutar, através de canais políticos, pelo bem estar da coletividade” (FILHO, 1998).

Os movimentos sociais e a nova posição dos médicos em relação à prática da medicina possibilitaram uma reflexão induzindo os trabalhadores urbanos e rurais a reivindicarem sobre a importância das questões sanitárias. No poder o governo de João Goulart encontrava-se pressionado e com dificuldades na administração, devido à falta de apoio pelos industriais e latifundiários que lucravam com a miséria do país. Este cenário acarretou para a mudança de um novo período na história do país.

Com a miséria que devastava o país e as dificuldades de administração do governo, principalmente em atender as reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais, inicia-se um novo período no país, o Regime Militar. Com as mudanças políticas ocorridas com o novo

regime, houve gradativamente a perda dos direitos dos cidadãos, a saúde pública no país tem um retrocesso com a redução de verbas destinadas ao Ministério da Saúde, sendo este limitado apenas a elaboração de projetos e programas.

A desvalorização do setor saúde possibilitou o surgimento de novas ondas de epidemias como: a dengue, meningite e a malária. Durante o regime autoritário, as informações sobre o alastramento das epidemias eram ocultadas e somente foram expostas quando houve um aumento no índice de mortalidade pelos surtos de epidemias. A depreciação do governo com a qualidade de vida da população contribuiu para o aparecimento de novos surtos epidêmicos, que poderiam ter sido evitadas e/ou amenizadas, se a saúde pública fosse vista e priorizada em primeiro plano para o desenvolvimento do país. Em primeiro momento deveria estabelecer a organização do país e possibilitar melhorias nas condições básicas de vida a toda população, e conseqüentemente implantar e implementar ações preventivas e educativas para preservar essa organização.

Entre os anos de 1964 a 1980, buscando modificar o modelo vigente, ocorreu a extinção do INAPs e conseqüentemente a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo este responsável em tratar dos enfermos individualmente. Na esfera pública estabelece um sistema dual de saúde entre o INPS e o Ministério da Saúde. Nesse período surge a primeira entidade de representação dos sanitaristas brasileiros, a Associação Paulista de Saúde Pública (Carrapato, 2011).

Em 1974 foi criado Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), que buscou recompor o compromisso de garantir e tornar efetiva a qualidade de saúde das pessoas filiadas. Nesse período inicia-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e o Plano de Pronto Ação. O Ministério da Saúde fica incumbido pelo pagamento dos hospitais com ou sem convênios que ofertavam atendimento ao trabalhador. Também foi criado o “Sistema Nacional de Saúde com a finalidade de baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país” (FILHO, 2011).

A implantação do Sistema Nacional de Saúde resultou na diminuição da taxa de mortalidade, apesar disso, o Brasil se encontrava entre os países mais enfermos da América Latina. A conquista pela diminuição das mortes ainda parecia distante, uma vez que as enfermidades como a leucopenia (causados no ambiente de trabalho) provocavam a morte de várias pessoas. Neste período houve um índice muito elevado de acidentados na construção civil, várias vítimas eram submetidas a amputação de braços e pernas sem necessidade do procedimento. Neste contexto o procedimento acontecia devido há falta de humanização nos

atendimentos, pois mesmo com a possibilidade da não amputação dos membros, o procedimento era executado para viabilizar a rapidez no atendimento.

Em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo colaborador no trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada. O INAMPS tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O órgão dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

Em meados dos anos 1970, devido às péssimas condições da saúde pública do país, surge o Movimento a Reforma Sanitária organizado pelos profissionais de saúde inclusive com a participação dos assistentes sociais. O movimento procurou averiguar alternativas para a melhoria da saúde do país, buscando mudanças e transformações no cenário de precariedade e desigualdades na área da saúde, tendo como objetivo principal integrar ações de assistência médica com ações de promoção e proteção voltadas para o coletivo. Nesse contexto o movimento sanitário possibilitou o fortalecimento do setor público em detrimento ao modelo privatista. (CARRAPATO, 2011, pg. 34).

Segundo CARRAPATO, 2011, pg. 35, a Reforma Sanitária:

[...] expressão usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Com a decadência do regime militar, o país reconquista a liberdade restaurando a democracia em meio a uma nação totalmente sem estrutura, com passado ausente nas condições dignas de vida e na prestação de assistência em saúde havia uma enorme lacuna a respeito de tornar efetiva a melhoria da qualidade de vida da população. A conquista da liberdade veio em uma fase de grandes turbulências no contexto de saúde pública, a população vivenciava surtos constantes de epidemias tendo como fatores condicionantes a ineficácia das ações para a construção de um país que fornecesse ao seu povo a assistência à saúde de qualidade.

A sonhada liberdade vem à margem de grandes dificuldades devido déficit no quadro sanitário do país, nesse período com a conquista da liberdade iniciam reivindicações por

melhoria na qualidade de vida. A primeira estratégia para tornar efetivo o direito à saúde para toda a população é o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Nesse contexto a saúde pública do país obtém grandes vitórias e avanços, o Estado começa a intervir nos serviços particulares de saúde, sendo definido o setor privado de saúde como forma complementar aos serviços públicos. Conforme enfatiza FILHO, 1998, pg. 64, O SUDS era:

[...] Baseado no princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o SUDS deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

Com a necessidade de estabelecer um sistema único em que possibilitasse assistência à saúde para todos os cidadãos, a saúde pública do país, enfim obtém a mais importante conquista de sua história com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), elevando a saúde ao patamar de direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

### **3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

O conceito saúde veio sofrendo alteração ao longo dos anos, em primeiro momento foi definida como “estado de ausência de doenças”, este foi redefinido pela Organização Mundial da Saúde em 1948 como “estado de completo bem-estar físico, mental, e social” associando o conceito em uma visão mais globalizada.

A saúde é um fator essencial ao ser humano, pois a sua ausência neutraliza condições para uma vivência digna, a falta de saúde contribui para a fragilização do bem estar físico e mental, e se não houver uma atenção com cuidados especiais poderá até levar o indivíduo a morte.

O direito a saúde significa o direito à vida, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 enfatiza o dever do Estado e o direito do cidadão em relação à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A saúde está incluída no capítulo da Seguridade Social juntamente com a Assistência Social e Previdência Social. A Lei 8080/90 em seu artigo. 3º define a saúde como: “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”.

A saúde é entendida dentro de um contexto coletivo de necessidades que o indivíduo precisa para adquirir uma boa qualidade de vida, sendo que está definida pela Organização Mundial de Saúde: [...] “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social... percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Segundo CARRAPATO (2011 Apud Donabedian):

“A qualidade em saúde há o componente técnico que envolve a aplicação da ciência e tecnologia médica com o objetivo de maximizar os benefícios sem aumentar o risco à saúde do paciente e o componente da relação interpessoal que envolve o manejo da interação social e psicológica entre o paciente e o profissional da saúde”.

Através varias de lutas e movimentos sociais em busca por melhorias em assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é institucionalizado na Constituição da República de 1988, nas leis Federais 8.080 e 8142, de 1990, nas Constituições Estaduais e nos novos Códigos de Saúde, a saúde é incluída como direito de todos os cidadãos, ocasionando fortemente mudanças positivas no cenário atual de saúde pública do país.

O SUS traz consigo uma concepção de atenção à saúde pautada pelos princípios Éticos/Doutrinários da universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade onde todos os cidadãos devem ter igualdade de oportunidades na utilização dos serviços públicos de saúde. O SUS pauta-se também nos princípios organizacionais da descentralização, onde o município assume o papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; na regionalização e hierarquização; controle social e a intersetorialidade,

constituindo estratégia prioritária de ações e serviços para garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

O artigo 4º da Legislação Brasileira de Serviço Social dispõe sobre o SUS como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS constitui como um modelo único de saúde pautado na universalização do atendimento à saúde, dessemelhante ao modelo privatista que prestava assistência à saúde somente para os trabalhadores urbanos incluídos nos institutos. Sendo a assistência à saúde livre a iniciativa privada, a implantação do SUS possibilitou a participação das instituições privadas de forma a auxiliar nos serviços de saúde ofertados a população.

Conforme enfatiza o artigo 199, inciso 1º, pg. 114, da Legislação Brasileira de Serviço Social, a participação das instituições privadas no Sistema Único de Saúde será de “forma complementar, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.” Neste sentido as instituições privadas devem estar conveniadas e se enquadrar devidamente nas condições estabelecidas pelo sistema.

Nesse patamar a saúde pública do país consegue uma grande vitória, o Estado obrigatoriamente assume o seu papel de zelar pela melhoria das condições de saúde, financiando os “serviços com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população” (Ministério da Saúde).

Considerando que a qualidade em saúde compreende a diversos fatores, o SUS atua em todos os níveis que condicionam para a efetivação da saúde no país desde a prevenção das doenças com a execução de ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e na execução de ações de saneamento básico até o processo de reabilitação da saúde.

As ofertas nas ações de saúde do SUS está organizado buscando possibilitar a população usuária o atendimento as suas necessidades de forma hierarquizada, conforme a complexidade do caso, possuindo três níveis de atenção sendo elas a atenção básica; atenção de média complexidade e a de alta complexidade.

Um dos grandes desafios dos gestores de saúde pública no Brasil nessas três esferas de atenção, no decorrer desses vinte anos é a busca de alternativas para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde com equidade, a compreensão do estabelecimento do respeito aos pacientes e a equipe de trabalho.

O desafio do SUS, diante de uma sociedade desigual é estabelecer a defesa da vida, repensar os paradigmas, valorizar a promoção, a educação em saúde, o autocuidado, redefinir o papel dos hospitais. A prioridade do SUS tem que envolver na garantia do direito à saúde, defendendo a vida do usuário de modo a garantir o acesso à saúde com qualidade.

Apesar da implantação do SUS e a enorme verba destinada para o seu financiamento, o sistema está longe do verdadeiro SUS que queremos, pois, a população ainda padece nas filas para o atendimento no centro de saúdes, hospitais, etc. Para que o atendimento do SUS seja garantido com qualidade a todos os cidadãos e necessário que os gestores do SUS reformulem o trabalho em saúde, que as verbas destinadas a este setor cheguem até os serviços.

Mediante o contexto sabemos que estamos diante de uma sociedade com governos desonestos onde diariamente ouvimos nos jornais; televisão; rádio entre outras, anúncios dos milhões de verbas desviadas na área da saúde colocando em risco a vida de milhares de pacientes que dependem do atendimento no SUS. Diante desse quadro de injustiça é preciso pensar a humanização dos trabalhadores com vista a qualificar o atendimento, fazendo com que paciente se sinta acolhido e respeitado dentro de sua condição de cidadão

#### **4 ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A história da saúde pública brasileira passou por vários retrocessos, devido à ausência de profissionais, falta de recursos e a invisibilidade dos governos em relação à viabilização de novos paradigmas na área da saúde, que possibilitariam à conquista de uma boa qualidade de vida a sociedade brasileira. Antes o tipo de atendimento se embasava no método curativo, sendo medidas focalizadas na cura das doenças, sem pensar no cuidar dos pacientes.

Na contemporaneidade com as várias transformações decorrentes do mundo do trabalho e a institucionalização do SUS na Constituição da República de 1988, nas leis Federais 8.080 e 8142, de 1990, nas Constituições Estaduais e nos novos Códigos de Saúde propiciou uma remodelação dos serviços de saúde, aumentando as exigências quanto ao compromisso e qualificação de todos os componentes atuantes na saúde.

A área da saúde possui quatro níveis de atenção, o primeiro corresponde a: atenção básica (AB), nível secundário, nível terciário e nível quartenário. Esses níveis de atenção foram implantados devido à necessidade de instalar novas proposta para cada atendimento, possibilitando a formulação de ações e práticas adequadas para cada demanda específica. Nosso foco se permeia em volta da Atenção Básica, representadas por Unidades Básicas de Saúde que realizam a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação, sendo esta considerada a “porta de entrada” para o sistema de saúde, sendo a facilitadora da acessibilidade entre os pacientes e os outros serviços de níveis mais complexo.

A atenção básica teve origem no Brasil no final da década de 1920 com a criação de centros de saúde instalados para operar em base territorial, buscando suscitar as medidas de saúde pública designadas ao controle de doenças, com adequação de práticas sistemáticas no domicílio e na comunidade (GONDIM, 2011). Considerada como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e principal estratégia para alcançar a universalidade; integralidade; equidade e descentralização das ações em saúde, a atenção básica constitui-se como primeira estratégia a atenção à saúde, buscando em primeiro momento a resolutividade dos problemas, com vistas à prevenção e a redução de casos que necessitam de encaminhamento e intervenção para os níveis de maior complexidade. Tendo como foco de trabalho a atenção básica, esta foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, na Declaração de Alma-Ata como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, definindo a atenção básica como “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”.

A operacionalização das ações da atenção básica deve voltar-se ao compromisso de reduzir os malefícios que trazem à sociedade agravos e riscos a saúde. Neste sentido deve oferecer o suporte necessário aos pacientes que utilizam os serviços, por meio de ações preventivas e educativas, disseminando informações básicas aos pacientes, famílias e a sociedade.

Mediante o desenvolvimento de ações eficientes e eficazes, esse nível de atenção pode colaborar com o desenvolvimento local do território, por meio da formação de vínculos entre a equipe de saúde e os pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica:

[...] 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, 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.

A atenção básica constitui-se um novo campo de ações, envolvendo novas práticas profissionais, tecnologias, capazes de identificar situações de risco que necessitam de encaminhamentos aos níveis mais complexos. Neste sentido as ações da atenção básica têm

como foco vigiar o território abrangente fornecendo possibilidades e segurança quanto à prevenção e o enfrentamento das doenças.

Segundo o Ministério da Saúde:

[...] Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde...

Para ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolutividade da atenção básica, em 1994 surge a Estratégia Saúde da Família (PSF), compreendida como a estratégia principal, que deverá se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. A Estratégia Saúde da Família é compreendida como uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, sendo um projeto dinâmico do SUS.

A Estratégia Saúde da Família é definida pelo Ministério da Saúde como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde.”

A equipe é formada vários profissionais, onde se buscam realizar ações de vigilância do território abrangente através do constante acompanhamento dos casos. No mínimo, as equipes geralmente são compostas, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando mais extensa, conta com o trabalho de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Segundo o Ministério da Saúde as equipes do PSF:

[...] são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma estratégia de caminhos possíveis de reorganização da atenção básica, propondo a criação de vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde, humanizando a prática em saúde, promovendo a integração e fazendo com que os pacientes entendam saúde como direito à cidadania.

Dentre as atribuições do PSF se incluem: conhecimento da realidade do território de abrangência, identificação dos problemas de saúde e riscos nos quais a população estão expostas, elaboração e participação dos planos da comunidade referentes ao processo de doença/cura, discernimento para resolver problemas de referência e contra referência que possivelmente possam aparecer desenvolvimento de processos educativos, promoverem ações intersetoriais, visitas domiciliar, participação de grupos comunitários entre outras.

Neste contexto para ampliar a Política Nacional de Saúde no espaço privilegiada do PSF, acreditamos na importância da inclusão do Assistente Social na composição mínima das equipes, tendo assegurado a grande bagagem teórico metodológica, ético- político que permite ao profissional “conhecer e decifrar o ser social, a vida em sociedade”, possibilitando desenvolver de forma dinâmica ações com vista à garantia dos direitos aos pacientes (IAMAMOTO, 2008, p 72).

## **5 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

O serviço social é uma profissão que situa no campo da viabilização dos direitos sociais, tem como profissionais os assistentes sociais, que possui como princípio norteador de sua ação profissional o fortalecimento do indivíduo com vista ao desenvolvimento de sua autonomia e emancipação social.

Segundo CHAVES (2010 Apud Furlan):

A profissão do Serviço Social se constitui historicamente como uma forma de especialização do trabalho coletivo, uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho. Seu significado se inscreve no âmbito das relações entre as classes sociais e das relações desta com o Estado brasileiro através de um conjunto de práticas acionadas no enfrentamento da questão social.

O serviço social possui como objeto de trabalho a questão social que diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista. Neste contexto a sociedade se encontra em um mundo de constantes transformações, tornando indispensável à atualização dos profissionais tendo em vista as transformações que decorrem do sistema capitalista que se tornou o veículo propulsor de variáveis expressões da questão social.

Segundo IAMAMOTO (2008, p 27):

[...]o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

O serviço social se redimensionou de forma que o profissional seja eficaz e competente para atender as demandas tradicionais e emergentes da sociedade brasileira, rompendo com o serviço social tradicional interferindo assim nas relações sociais cotidianas, o profissional presta serviços sociais que atendam às necessidades sociais, que interferem no processo de produção e reprodução das condições de vida, produz serviços com valor de uso porque atendem as necessidades sociais.

Na contemporaneidade a profissão de serviço social através do profissional Assistente Social luta pela efetivação dos direitos sociais, visando a conquista da emancipação e autonomia da população usuária ofertando atendimento especializado conforme as especificidades das demandas. A prática profissional fundamenta-se no materialismo histórico dialético compreendendo o indivíduo dentro do seu contexto econômico, político e social, evitando ações de cunho assistencialista, paternalista que não traz efetividade na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Atualmente o Assistente Social é um profissional envolvido na dinâmica dos direitos e na luta pela sua efetivação, “move-se pela vontade de estar junto com a população atendida”, sendo um profissional habilitado com: uma bagagem teórica metodológica, ético - político e técnico-operativo. Com esses subsídios o profissional intervém na realidade social em busca de melhorias na qualidade de vida da população.

Neste contexto segundo IAMAMOTO (2008, p 200):

O Serviço Social, em sua prática, dispõe de condições potencialmente privilegiadas, pela proximidade que tem ao dia a dia das classes subalternas, de recriar aquela prática profissional nos rumos aventados, exigindo que a formação universitária possa dotar os assistentes sociais de subsídios teóricos, éticos e políticos que lhe permitam – se assim o desejarem - contribuir de mãos dadas, para o trajeto histórico em rumo aos novos tempos.

O profissional de serviço social pode atuar em diferentes áreas como: Assistência Social; educação; saúde; entre outras. São áreas diferentes, mas todas necessitam de atenção especial no acolhimento, pois cada indivíduo traz consigo uma história de vida diferente e muitas vezes chegam fragilizados esperando da profissional solução para sanar sua dor e sofrimento.

O processo de trabalho profissional é um grande desafio em estabelecer perante a sociedade que rotula, estigmatiza a responsabilidade de acabar com mitos segregacionistas, oferecendo através de uma privilegiada atuação, uma prática que aos poucos está rompendo com qualquer paradigma de exclusão Segundo IAMAMOTO (2008, p 67):

O Serviço Social interfere na reprodução da força de trabalho por meio dos serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalha nas áreas de saúde, educação, condições habitacionais e outras. Assim, o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários a população trabalhadora.

A sociedade possui fontes concretas que asseguram o direito a saúde da população como a Constituição Federal, o SUS, e mediante a ausência desses direitos cabe aos profissionais de serviço social intervir nesta realidade. Neste sentido segundo o artigo 4º, inciso V da Legislação Brasileira de Serviço Social o Assistente Social tem o dever de “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

Segundo IAMAMOTO, “

[...]colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social. Essa é uma das frentes de luta que move os assistentes sociais nas micro ações cotidianas que compõem o seu trabalho.

Na área da saúde, o trabalho desenvolvido pelo serviço social é muito complexo, pois o profissional é chamado a realizar mediações onde o paciente tem seus direitos constantemente ameaçados, e trabalhar com demandas imediatas como: a dor, o sofrimento, angústia a perda do outro, compreendendo os aspectos sócios- culturais de cada indivíduo, bem como facilitar e garantir o acesso aos serviços da saúde. Cabe ao profissional de serviço social no âmbito da saúde realizar ações preventivas, assistências, promocionais e reabilitadoras de saúde, elaborar e participar de projetos de educação permanente e orientar a população para outros serviços que fazem parte da rede de garantias de direitos.

Segundo CEFSS, conforme o Parâmetro do Assistente Social na Saúde, p 39:

[...]os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Neste sentido a atuação o serviço social não se restringe somente ao atendimento individual ao paciente, mas se engloba no contexto social a qual está inserido, sendo a “porta de acesso” as famílias que se encontram desorientadas e fragilizadas. A prática profissional não se priva somente na efetivação dos direitos aos pacientes, mas se completa com a atuação humana do profissional diante do comprometimento com o paciente e com a profissão.

Segundo CEFSS, conforme o Parâmetro do Assistente Social na Saúde, p 43, dentre as principais ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social destaca-se em “fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.”

Nesta dimensão o desenvolvimento do trabalho do serviço social na área da saúde se torna eminentemente imprescindível, principalmente na atenção básica, sendo o momento do

primeiro contato entre o profissional com o indivíduo, que em muitas vezes chega desorientado, fragilizado necessitando de atenção e cuidados especializados.

O Serviço Social obteve grandes avanços desde o seu surgimento, mas na área da saúde ele ainda é considerado insuficiente, devido aos grandes desafios causados pelo déficit do quadro de profissionais, acarretando na desarticulação do trabalho em rede com as outras políticas de proteção social, o que muitas vezes ocasiona a violação dos direitos dos pacientes.

Neste sentido os assistentes sociais devem estar preparados para atender as demandas que necessitam ser encaminhadas para os níveis de atenção correspondentes e/ou para as outras políticas de proteção social.

Segundo CEFSS, conforme o Parâmetro do Assistente Social na Saúde, p 41:

[...] As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais.

Nesta direção cabe aos profissionais de serviço social formular estratégias que busquem reforçar, defender, e efetivar a sua atuação na área da saúde, em defesa da melhoria da qualidade de vida dos pacientes, enfim neste contexto devemos levar em consideração a história da saúde pública brasileira que praticamente no seu início inexistiu pela ausência de profissionais e serviços de saúde.

## **6 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A pesquisa baseia-se na busca do conhecer, perceber e compreender. Consiste num conjunto de operações destinadas a captar o movimento das coisas. A metodologia está profundamente ligada à pesquisa, pois a metodologia consiste em estudar, avaliar e refletir sobre os métodos disponíveis, encaminhando as técnicas de pesquisa, aprimorando e criando caminhos novos de acordo com o objeto que pretende decifrar (Carrapato, 2008).

Portanto a metodologia é a análise conjuntural de toda ação desenvolvida no decorrer da pesquisa. Tendo como finalidade uma explicação detalhada da processualidade da pesquisa,

possibilitando a utilização de ferramentas essenciais para o alcance dos resultados e/ou objetivos.

De acordo com Minayo (2000, p.22), a “metodologia é o caminho o instrumental próprio de abordar a realidade, inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

### **6.1 Apresentação dos instrumentais e sujeitos da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Pederneiras, que atualmente possui uma população estimada de 41.497 habitantes (IBGE 2010), localiza-se entre dois grandes pólos urbanos (Bauru e Jaú). Em 2009, o Conselho Nacional de Municípios divulgou a lista do Índice de Responsabilidade Fiscal, Social e de Gestão dos municípios brasileiros – IRFS, incluindo o município de Pederneiras na 65ª posição no ranking dos 100 melhores municípios do país.

No âmbito do estado de São Paulo, o município de Pederneiras ficou na 23ª posição. Apesar de ser considerado um dos 100 melhores municípios do país para se viver, encontra-se com grandes dificuldades no setor da saúde, o que vem ocasionado uma série de críticas a gestão atual e aos profissionais envolvidos neste setor.

O município tem atraído elevados investimentos para seu setor econômico com a instalação de empresas de pequeno, médio e grande porte, o que vem ocasionando a busca de empregabilidade e uma melhor qualidade de vida, recebe também pessoas vindas do nordeste atraídas pela cultura de cana-de-açúcar e citricultura.

Com o índice populacional crescente as demandas relacionadas ao setor de saúde, Assistência Social, entre outras cresceram disparadamente. Esse crescimento vem suscitando a necessidade de implantação e implementação de políticas sociais efetivas e recursos humanos suficiente e qualificados que contribuam para a efetivação dos direitos sociais da população.

O município possui dez unidades de atenção básica com a atuação de duas assistentes sociais somente na unidade central. Em breve comparativo, a área de Assistência Social possui três unidades tendo onze profissionais de serviço social atuando.

No mundo atual, com o número elevado de pessoas com algum tipo de enfermidade, supomos que o quadro apresentado de Assistente Social atuando na área da saúde pública é insuficiente para suprir o grande número de demandas. Nota-se também que os serviços ofertados pelos assistentes sociais na área da saúde, estão centralizados na unidade central, o que dificulta o acesso dos pacientes a efetivação dos direitos sociais.

Diante do exposto o interesse pela pesquisa iniciou-se com a indagação das alunas residente e domiciliadas no município, em mostrarem a importância da inserção do serviço social nas unidades básicas de saúde, visando otimizar os serviços de saúde e consequentemente contribuir para maximizar a qualidade de vida da população.

Este estudo teve como objetivo geral verificar qual o papel do serviço social na área da atenção básica na visão da equipe técnica, sendo os objetivos específicos identificar as dificuldades encontradas na ausência do trabalho profissional do serviço social e desvelar as demandas que necessitam de sua intervenção no cotidiano das unidades básicas.

O trabalho iniciou-se a partir da elaboração de um projeto, no qual foram estabelecidos os objetivos da pesquisa, formulada a hipótese e construída a fundamentação teórica, exposto no percurso do próprio estudo teórico.

Utilizou-se inicialmente com a escolha do tema, pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Os assuntos foram pesquisados em livros, artigos científicos, revistas e documentos específicos do serviço de saúde.

A pesquisa optou-se pelo método dialético, que segundo Minayo (1994, p.24) é entendida como aquela que “[...] pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar na parte, a compreensão e a relação com o todo e a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos”.

A pesquisa realizou-se de forma exploratória e descritiva, por permitir inicialmente conhecer o assunto proposto na pesquisa e posteriormente descrever os resultados encontrados.

Triviños (1995, p.105) relata que o nível exploratório permite ao “[...] investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” e descritiva, por pretender “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

De acordo com Silva e Menezes (2005 Apud Gil, 1991) a pesquisa exploratória: “visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses [...]”.

Segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva:

[...] visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento.

A pesquisa caracterizou-se na tipologia quali quantitativa, tendo em vista que se utilizou de dados subjetivos e objetivos. A opção por esse tipo de abordagem possibilitou identificar a percepção dos profissionais de saúde com relação ao papel do serviço social na atenção básica, bem como identificar objetivamente estes profissionais.

De acordo com Chizzotti (1998, p.52) na pesquisa quali quantitativa:

Os dados quantitativos prevêem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos.

O instrumental técnico utilizado para a investigação foi à aplicação de um questionário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas que buscaram atender aos objetivos da pesquisa. Em anexo ao questionário desenvolvemos um breve resumo sobre a profissão de serviço social e informações sobre o propósito da pesquisa. Disponibilizamos o termo de consentimento livre e esclarecido que assegura o sigilo de informações e anonimato.

A utilização do questionário possibilita atingir um grande número de pessoas e evita constrangimento ao pesquisado com a presença do pesquisador, mas ao mesmo tempo pode impossibilitar o desenvolvimento da pesquisa quanto não ocorre o retorno da coleta de dados.

O questionário possibilita uma investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito, tem por objetivo a investigação, não tendo a presença do pesquisador no momento das informações. (Fontana, 2011)

O universo da pesquisa envolveu as dez unidades de saúde, totalizando 217 funcionários. O universo da pesquisa refere-se ao total de elementos, sendo um conjunto definido de componentes que possuem determinadas características, também pode ser chamada de população (Fontana 2011).

A amostra é a representação do universo pesquisado, o processo de amostragem possui duas divisões sendo probabilista e a não probabilista. Para a realização da pesquisa utilizamos a probabilista o que oportunizou a participação de todos os elementos do universo. A amostra foi constituída por 14% dos profissionais inseridos na atenção básica, totalizando 11 sujeitos que dispuseram a responder o questionário, assim tratou-se de uma amostra probabilística intencional, pois todos os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e a intencionalidade foi pesquisar apenas os profissionais inseridos nas Unidades

Básicas de Saúde, devido à natureza e objetivo do estudo

Optamos para a realização da coleta no mês de junho e julho, pensando em obter um número elevado de participantes e respostas significativas para qualificar a pesquisa.

Devemos ressaltar que a intenção das pesquisadoras era obter um grande número de participantes, mas tivemos muitas dificuldades principalmente quanto à resistência dos profissionais em participar da pesquisa, mesmo mediante a nossa insistência houve várias recusas. Explicitamos a dificuldade de encontrar os sujeitos no ambiente de trabalho e percebemos que por se tratar de um ano eleitoral, alguns dos sujeitos recusaram em participar da pesquisa, com receio de sofrerem algum tipo de represália.

Em relação às facilidades evidenciamos que uma das pesquisadoras compõe o quadro de funcionários (estagiária) em uma das UBS, o que possibilitou a aproximação com o universo da pesquisa. Realçamos a disponibilidade que tivemos em oportunizar os componentes do universo a participar da pesquisa e contribuírem para a qualificação dos atendimentos de saúde no município. Neste sentido “os sujeitos quando participam, passam a fazer parte das decisões e conseqüentemente, ter parte nos resultados, logo tomam parte de um processo” (Minetto, 2012).

Os dados colhidos foram tabulados, sistematizados e analisados em três eixos norteadores, sendo o primeiro eixo da pesquisa a identificação do perfil dos sujeitos-profissionais de saúde, inseridos na atenção básica; o segundo eixo conhecer as demandas que necessitam da intervenção do serviço social na atenção básica e o terceiro eixo verificar a percepção dos profissionais de saúde em relação às dificuldades encontradas sem a inserção do Assistente Social.

## 7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A atenção básica é considerada a porta de entrada da população aos serviços de saúde, tornando-se o primeiro contato entre pacientes e profissionais. Por se tratar de um local onde os pacientes buscam respostas para a situação a qual os afligem, as unidades básicas de saúde constituem-se em um espaço privilegiado pela capacidade de obter o mais breve possível diagnóstico de situações de risco que necessitam da articulação e encaminhamentos aos níveis mais complexos.

### 7.1 Identificação do perfil dos profissionais de saúde da atenção básica

Inicialmente é de fundamental importância identificar o perfil dos sujeitos profissionais entrevistados, para possibilitar uma análise conjunta relacionada ao conhecimento dos profissionais, quanto ao desenvolvimento de trabalho do serviço social na atenção básica.

Para desvelar o perfil abordou-se o gênero, idade, tempo que trabalha na saúde pública, tempo que trabalha na atenção básica, profissão, cursos de especialização, por entender que esse aspecto facilitaria compreender o posicionamento dos sujeitos na processualidade de acolhimento aos pacientes.

Quadro 1. Gênero do profissional

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Feminino	09	82%
Masculino	02	18%
<b>Totais</b>	11	100%

Fonte: Autores

Baseado nos dados do quadro 1 que caracteriza o perfil dos sujeitos pesquisados, constatamos que 09 sujeitos são do gênero feminino e 02 do gênero masculino, comprovando que 82% dos profissionais são do gênero feminino e encontra-se presente no primeiro contato com o paciente, quanto ao masculino 18%. Analisando os dados percebemos que a mulher aos longos dos anos vem conquistando o espaço no mercado de trabalho e principalmente no que se refere ao interesse pela profissionalização no âmbito da saúde.

Quadro 2. Idade

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
20-30	04	37%
31-40	02	18%
41-50	03	27%
51-60	02	18%
<b>Totais</b>	11	100%

Fonte: Autores

Quanto à faixa etária, observamos que variou entre 20 e 60 anos, havendo predominância de 04 sujeitos-profissionais na faixa etária de 20 a 30 anos, seguidos de 41 a 50 anos com 03 sujeitos- profissionais, finalizando com 02 sujeitos profissionais entre 31 a 40 anos e 51 e 60 anos. Por se tratar de uma unidade pública, tínhamos grandes expectativas quanto à variedade da faixa etária, visto que todos os cidadãos têm a oportunidade mediante a especialização e a aprovação nos concursos, em integralizar-se em órgãos públicos. Neste sentido vale ressaltar a importância da variedade da faixa etária quanto à questão da troca de conhecimentos entre os profissionais.

Percebemos que a maioria dos profissionais inseridos na atenção básica encontra-se com idade entre 20 a 30 anos, essa característica é muito significativa no sentido de serem profissionais com grande capacidade de aprimoramento contínuo e conseqüentemente com conhecimento da importância da presença de equipe multiprofissional para qualidade dos serviços prestados.

Quadro 3. Tempo de trabalho na saúde pública:

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
1- 15	09	82%
16-30	01	9%
Não respondeu	01	9%
<b>Totais</b>	11	100%

Fonte: Autores

No quadro 3, referente ao tempo de trabalho dos profissionais na saúde pública, constatamos que 09 profissionais atuam entre 01 a 15 anos, 01 profissional entre 16 a 30 anos e 01 não obtivemos resposta. Constatamos que a maioria dos sujeitos-profissionais encontram-se inseridos no âmbito da saúde pública entre 1 a 15 anos.

Quadro 4. Trabalha na Atenção Básica á quanto tempo?

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
1- 10	09	82%
11-20	01	9%
21- 30	01	9%
<b>Totais</b>	11	100%

Fonte: Autores

No que se refere ao tempo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica, constatamos que 09 profissionais atuam entre 01 a 15 anos, 01 profissional entre 11 a 20 anos e 01 profissional entre 21 a 30 anos. Percebemos que a maioria dos sujeitos-profissionais inseridos na atenção básica, atua nas UBS entre 1 a 10 anos.

Ressaltamos que no setor público o trabalhador tem estabilidade no emprego, o que possibilita aos profissionais comprometidos buscarem conhecimento sobre o ambiente de trabalho e conseqüentemente obterem vínculos efetivo e afetivo com outros profissionais, inclusive com os pacientes.

A permanência em cargos públicos está garantida em nossa Constituição Federal no art. 41 dispondo que “são estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para

cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público”. Nas Unidades Básicas de Saúde a estabilidade traz grandes benefícios para o desenvolvimento de trabalho, pois o profissional tem a possibilidade de conhecer o território e conseguintemente as dificuldades e/ou necessidades presente na vida dos pacientes.

Quadro 5. Profissão:

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Assistente Social	02	18%
Enfermeiro	04	37%
Farmacêutico	01	9%
Nutricionista	01	9%
Psicólogo	03	27%
<b>Totais</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Ao analisarmos o quadro 5, constatamos que 04 dos profissionais são Enfermeiros, 03 Psicólogos, 02 Assistente Social, 01 Nutricionista e 01 Farmacêutico. Essa miscigenação de profissionais supõe que a atenção básica não é somente a porta de entrada da população aos serviços de saúde, mas também a porta de acesso para várias categorias profissionais, que desenvolvendo um trabalho articulado em equipe, propiciará um efetivo atendimento qualitativo atuando no sentido da consolidação dos princípios do SUS

Quadro 6. Fez curso de especialização?

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	08	73%
Não	03	27%
<b>Totais</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Em relação ao quadro 6 evidenciamos que 08 (73%) dos sujeitos ampliaram seus conhecimentos fazendo cursos de especialização, enquanto 03 (27%) não fizeram nenhum curso para aperfeiçoamento da profissão. Nota-se um grande interesse dos profissionais pela busca de conhecimento, visto que no mundo contemporâneo com as novas tecnologias cabe aos profissionais se atualizarem tanto para o crescimento profissional quanto para qualificar os atendimentos.

Salientamos que a política de saúde pública exige que todo município implante a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. A Educação Permanente em Saúde tem o objetivo de melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção; contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade etc.; servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população etc.

Todo e qualquer município é obrigado a oferecer aprimoramento contínuo a todos os profissionais de saúde, não sendo apenas opção do trabalhador e sim uma exigência para trabalhar na saúde pública.

Quadro 7. Realiza atividades que não compete á sua área desenvolver?

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	03	27%
Não	08	73%
<b>Totais</b>	11	100%

Fonte: Autores

Em relação ao desenvolvimento de atividades, constatamos que 03 (27%) dos sujeitos realizam atividades que não compete à sua área desenvolver como: aconselhamento simples, encaminhamentos dos pacientes aos serviços socioassistenciais e outros. Concomitantemente 08 (73%) dos sujeitos não realizam atividades que não são pertinentes ao seu âmbito de atuação. Neste contexto supomos que os serviços são ofertados parcialmente, e com a ausência do Assistente Social, muitas demandas passam despercebidas, pois, os sujeitos profissionais somente realiza atividades a qual dispõe de conhecimento específicos para a execução.

## 7.2 Demandas que necessitam da intervenção do serviço social na atenção básica

As expressões da questão social é o objeto de trabalho do Assistente Social, para analisarmos o cotidiano de trabalho dos profissionais, buscamos descobrir quais as demandas mais frequentes que surgem no cotidiano de trabalho dos sujeitos-profissionais.

Quadro 8 Em sua opinião, quais as demandas mais frequentes que surgem na unidade?

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Deficitárias condições de higiene	01	4%
Negligência a criança e adolescente	03	13%
Negligência ao idoso	01	4%
Pessoas com diabetes	07	30%
Pessoas com hipertensão	07	30%
Uso de substâncias psicoativas	04	17%
<b>Totais</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Analisando o quadro 8 desvendamos que 07 (30%) dos sujeitos referiu-se aos pacientes com diabete; 07 (30%) dos sujeitos relataram sobre os pacientes com hipertensão; 04 (17%) sujeitos assinalaram sobre o uso de substâncias psicoativas; 03 (13%) dos sujeitos com negligências á criança e adolescente; 01(4%) dos sujeitos citou com a deficitária condição de higiene dos pacientes e 01(4%) sujeito referiu-se á negligência ao idoso.

Em relação ao objeto de trabalho do Serviço Social conforme enfatiza Iamamoto (2000, p. 62):

O objeto de trabalho (...) é a questão social. É ela em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra etc. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional.

Analisando este contexto percebemos que todas as demandas referem-se diretamente ou indiretamente com a condição de saúde dos pacientes, estando todas interligadas, tendo a necessidade da elaboração e desenvolvimento de ações preventivas, socioeducativas e promocionais que visem a sua redução.

Neste sentido entendemos que o Assistente Social possui uma bagagem teórica-metodologia que possibilita atuar no sentido de minimizar as situações de risco engendradas na sociedade capitalista.

O desenvolvimento e fortalecimento do sistema capitalista produziram e contribuíram para o surgimento e o crescimento das variáveis mazelas da sociedade brasileira, algumas citadas no quadro acima, sendo necessária a intervenção dos governos, para desenvolver uma extensa rede de proteção e promoção social.

O trabalho articulado em rede tem um significado essencial no processo de direcionamento das demandas, possibilitando que o profissional conduza os pacientes para continuidade no atendimento, caso haja necessidade. Esse direcionamento das ações assegura a efetivação do direito à saúde. Em busca de revelar a continuidade dos cuidados aos pacientes elaboramos a seguinte pergunta:

Quadro 9. Há dificuldade no direcionamento das demandas a rede de garantia de direitos aos pacientes?

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	01	9%
Não	09	82%
Às vezes	01	9%
<b>Totais</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Em relação ao direcionamento das demandas a redes de garantias de direitos expostas no quadro 9 constatamos que, 09 (82%) dos sujeitos não possuem dificuldades no direcionamento, enquanto 01 (9%) dispõe-se de dificuldades e 01(9%) situa que às vezes. Diante do quadro apresentado supõe-se que quando necessário, a maioria das demandas está sendo transferidas aos setores competentes, pressupondo a execução de um trabalho em rede.

Para uma identificação mais visível quanto à percepção dos sujeitos em relação ao cotidiano de trabalho do Assistente Social, perguntamos sobre quais as atividades que o Assistente Social desenvolveria nas Unidades Básicas de Saúde, sendo expressas no quadro abaixo.

Quadro 10. Quais atividades você acha que o Assistente Social poderia desenvolver nas Unidades Básicas de Saúde?

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização e saúde.	02	3%
Atender as famílias de forma integral em conjunto com outros serviços de proteção, orientando e informando sobre assuntos relacionados á saúde.	11	19%
Desenvolver junto com a equipe técnica, estratégias para identificar e abordar problemas vinculados a falta de higiene, alcoolismo, drogadição, aids, diabetes, câncer e outras doenças que interferem na saúde dos pacientes e seu familiares.	07	13%

Desenvolvimento de campanhas para hipertensos, diabéticos, portadores de HIV, entre outros.	05	9%
Diagnóstico social	11	19%
Elaboração de relatórios com parecer social	10	17%
Encaminhamento e acompanhamento de pacientes há serviços de atenção secundária, terciária e quaternário, quando necessário.	06	10%
Palestras em sala de espera.	04	7%
Palestras escolares, associações comunitárias, entre outros relacionados á saúde.	02	3%

Fonte: Autores

Baseado no quadro 10 constatou se que: 11 (19%) dos sujeitos assinalaram em atender as famílias de forma integral em conjunto com outros serviços de proteção, orientando e informando sobre assuntos relacionados à saúde; 11(19%) dos sujeitos em diagnóstico social; 10 (17%) dos sujeitos na elaboração de relatórios com parecer social; 07 (13%) dos sujeitos em desenvolver junto com a equipe técnica, estratégias para identificar e abordar problemas vinculados a falta de higiene, alcoolismo, drogadição, AIDS, diabetes, câncer e outras doenças que interferem na saúde dos pacientes e seu familiares; 06 (10%) dos sujeitos no encaminhamento e acompanhamento de pacientes há serviços de atenção secundária, terciária e quaternário, quando necessário; 05 (9%) dos sujeitos no desenvolvimento de campanhas para hipertensos, diabéticos, portadores de HIV, entre outros; 04 (7%) dos sujeitos na elaboração de palestras em sala de espera; 02 (3%) dos sujeitos situam na elaboração e execução de palestras escolares, associações comunitárias, entre outros relacionados à saúde e 02 (3%) dos sujeitos na ação de apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização da saúde.

Compreendemos que os sujeitos possuem um grande conhecimento sobre o cotidiano de trabalho do Assistente Social, isso supõe que na visão dos sujeitos o Assistente Social atua na

intencionalidade das ações, propiciando aos pacientes condições de vida digna, com a assistência desvinculada ao assistencialismo, garantindo acesso e informações aos pacientes que possuem ou não seus direitos violados.

Neste contexto percebemos que o Assistente Social é presenciado como um profissional qualificado, crítico, pesquisador, um educador social, capaz de desenvolver novas técnicas de trabalho que contribuam para o processo de efetivação dos direitos sociais.

De acordo com Iamamoto (2008, pg 49) o Assistente Social:

[...]é “um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações cotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente e nela atuar, contribuindo também para moldar os rumos de sua história.

### **7.3 A percepção dos profissionais de saúde em relação às dificuldades encontradas sem a inserção do Assistente Social.**

Com o déficit no quadro de assistentes sociais na área da saúde e na indagação em decifrar quais os aspectos negativos sem a atuação do profissional nas unidades perguntamos aos sujeitos com a ausência do Assistente Social, mencione 02 aspectos problemáticos na unidade que interferem na realização e qualificação do seu trabalho e obtivemos as seguintes respostas:

*“Necessidade de visitas domiciliar para a avaliação socioeconômica em busca de averiguar os pacientes acamados e/ou idosos que necessitam do auxílio fraldas e auxílio leite.”(Sujeito 3, 29 anos, Enfermeira)*

*“Perda do tempo na assistência do cuidar e falta de ferramentas para uma assistência adequada.” (Sujeito 6, 28 anos, Enfermeiro)*

*“As orientações para o paciente quanto ao agendamento em outros serviços e visitas domiciliar em situação de risco com retorno de informações para a unidade básica de saúde que solicitou a visita.” (Sujeito 10, 56 anos, Enfermeira)*

*“Pendências na avaliação social, relacionada à distribuição de gêneros alimentícios e a falta de avaliação social e parecer técnico nos casos de patologias diversas.” (Sujeito 11, 31 anos, Nutricionista)*

Diante dos relatos acima percebemos que há grandes dificuldades dos sujeitos-profissionais em relação ao conhecer a realidade social, econômica dos pacientes, visto que mesmo sendo a saúde assegurada a todos pela Constituição Federal, em muitos casos, há algumas condicionalidades que contradizem que a saúde é direito de todos os cidadãos.

Percebemos que com a ausência do Assistente Social a garantia do direito a saúde dos pacientes está fragmentada. Notamos que com a ausência do Assistente Social existem muitas dificuldades dos sujeitos-profissionais em possibilitar a continuidade dos atendimentos aos pacientes que necessitam de fatores complementares para melhorar a qualidade de vida.

Diante da realidade apresentada compreendemos a necessidade da inserção do Assistente Social nas UBS, visto que é um profissional que ao atuar busca conhecer o território para entender o contexto social, cultural, econômico dos pacientes. Ao realizar uma análise conjunta dos pacientes o Assistente Social busca traçar caminhos que possam contribuir no processo de consolidação dos direitos sociais.

Em relação à percepção dos sujeitos, quanto à importância do serviço social na unidade de saúde, constatamos que 11 (100%) dos sujeitos consideram essencial a presença do Assistente Social no quadro de funcionários. Nota-se que o serviço social é uma categoria requisitada para atuar com diversas categorias profissionais, tendo grande facilidade de integração com profissionais de várias áreas de atuação. Passamos agora para as respostas dos sujeitos-profissionais quanto à percepção e porque é importante a inserção do serviço social nas unidades de saúde.

*“Sim. Para os cuidados das dificuldades pessoais e coletivas de cada paciente.” (Sujeito 1, 29 anos, Enfermeiro)*

*“Sim. Para reforçar e efetivar os direitos sociais a saúde. ” (Sujeito 8, 46 anos, Farmacêutico-Bioquímico)*

*“Sim. Poderá agilizar atendimentos para efetivação dos direitos e orientações diversas”. (Sujeito 4, 37 anos, Assistente Social)*

*“Sim. Poderia exercer melhor o cuidado ao paciente de forma integrada.” (Sujeito 6, 28 anos, Enfermeiro)*

*“Sim. Esta intimamente ligada à psicologia, pois se a pessoa não tem o mínimo não poderá desenvolver suas potencialidades cognitivas e psíquicas”. (Sujeito 7, 25 anos, Psicóloga).*

*“Sim. Porque o serviço social faz parte da equipe multidisciplinar, objetivando um atendimento biopsicossocial aos usuários do SUS”. (Sujeito 10, 56 anos, Enfermeira)*

*“Sim. Porque presta assistência a população através de programas que buscam a defesa e ampliação dos direitos sociais.” (Sujeito 11, 31 anos, Nutricionista)*

*“Sim. Porque tem funções exclusivas que somente esse profissional pode executar.” (Sujeito 3, 29 anos, Enfermeira)*

Na área da saúde o Assistente Social atua no atendimento direto com os pacientes, no âmbito individual ou em grupo. O Assistente Social é um profissional mais aguçado em termos de percepção, pois trabalha o lado humanizado com os pacientes, sua intervenção é pautada nos 11 princípios do código de ética. O atendimento está relacionado nos princípios da ampliação e consolidação da cidadania, disponibilizando um atendimento melhor e mais adequado aos pacientes, independente da doença ou das condições de quem procura os serviços de saúde.

Diante dos relatos pontuados, percebemos o nítido conhecimento que os sujeitos-profissionais possuem em relação ao objetivo do serviço social, que diz respeito à efetivação dos direitos sociais aos pacientes. Percebemos que os sujeitos-profissionais possuem uma significativa compreensão do processo de trabalho do serviço social na área da saúde. Evidenciamos que a inserção do Assistente Social na UBS se tornara um ponto de apoio para a operacionalização e o fortalecimento dos princípios do SUS

Os relatos a seguir explicitam se os sujeitos-profissionais têm conhecimento no que o serviço social pode contribuir no desenvolvimento do trabalho em equipe e de que forma.

*“Sim, Fornecer para a equipe de saúde informações coletada (visão global), para que o paciente seja tratado em sua totalidade quanto à prevenção, promoção da saúde”. (Sujeito 8, 46 anos, Farmacêutico-Bioquímico)*

*“Sim, agilidade nos agendamentos, {...}, orientações dos serviços especializados, desenvolvimento de projetos na área social”. (Sujeito 10, 56 anos, Enfermeira)*

*“Sim. Ponto de apoio ao trabalho multidisciplinar.” (Sujeito 2, 47 anos, Psicóloga)*

*“Sim. Pois junto à equipe técnica o serviço social pode promover a efetivação dos direitos.” (Sujeito 9, 59 anos, Assistente Social)*

*“Sim. Porque poderá realizar campanhas e ações educativas.” (Sujeito 11, 31 anos, Nutricionista)*

*“Sim. Porque pode fazer parte da equipe técnica e participar de forma ativa no cuidado ao paciente de maneira que permita seu fortalecimento na sociedade.” (Sujeito 6, 28 anos, Enfermeiro)*

Analisando os relatos acima, percebemos que na visão dos sujeitos profissionais, a inserção do serviço social poderia coadjuvar no desenvolvimento do trabalho em equipe, de

modo a identificar antecipadamente os fatores que maximizam o adoecimento dos pacientes e neste sentido desenvolver estratégias e/ou proposta que possam minimizar ou neutralizar os aspectos que causam o adoecimento da população. É nesse sentido que a inserção do serviço social nas UBS se torna indispensável, na medida em que atua como um inventor, mediador e implantador de projetos, programas e serviços que visam à promoção efetiva da saúde em seu território.

De acordo com o Ministério da Saúde a atenção básica tem como fundamentos e diretrizes em seu Inciso V: “estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.”

Entendemos que o desenvolvimento do trabalho em equipe tem como finalidade a discussão e aquisição de embates sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. O trabalho em equipe se torna indispensável na medida em que uma prática profissional complementa a outra, possibilitando a articulação do trabalho entre diferentes saberes profissionais, propiciando aos profissionais uma intervenção direcionada e qualificada em meio à realidade em que estão inseridos.

Segundo os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, ao participar de trabalho em equipe na saúde o Assistente Social “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações.”

Neste contexto o Assistente Social tem a habilidade de fazer a ligação entre a equipe técnica e os pacientes, sendo um profissional capacitado, que possui uma visão ampla sobre os fatores que permeiam o surgimento de conflitos entre todos os sujeitos envolvidos no processo. Desse modo o Assistente Social busca agir para que os conflitos existentes não prejudiquem o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Em relação à contribuição do serviço social nas UBS, perguntamos aos sujeitos: você acha que o serviço social pode contribuir para melhorias nos atendimentos? Por quê?

*“Sim. Porque pode auxiliar no acolhimento dos pacientes e na orientação educacional.” (Sujeito 2, 47 anos, Psicóloga)*

*“Sim. Porque poderá desenvolver técnicas inerentes ao serviço social, visando bem estar do ser humano”. (Sujeito 5, 46 anos, Psicóloga)*

*“Sim. Porque o serviço social traz orientações específica e úteis, ajuda a fazer valer os direitos e deveres dos pacientes, realizando uma análise geral do indivíduo em seu meio, que é onde se desenvolve a personalidade. Trazendo psicohigiene para os ambientes.” (Sujeito 7, 25 anos, Psicóloga) “Sim. Para a efetivação dos direitos.” (Sujeito 9, 59 anos, Assistente Social)*

*“Sim. Fazendo parte da equipe multiprofissional, orientado nas questões sociais e facilitando o acesso aos serviços de saúde. é importante para a UBS ter o Assistente Social.” (Sujeito 10, 56 anos, Enfermeira)*

*“Sim. Atuar no sentido que permita o indivíduo buscar independência e autonomia.” (Sujeito 6, 28 anos, Enfermeiro)*

*“Sim. Com o desenvolvimento de ações educacionais para orientação em geral aos pacientes {...}.” (Sujeito 8, 46 anos, Farmacêutico-Bioquímico)*

O Assistente Social na área da saúde em seu cotidiano de trabalho presta atendimento social, não atendem somente os usuários que estejam vivenciando situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social, mas também é o profissional que faz análise da situação com os demais membros da equipe, busca conhecer o território para entender o contexto social, cultural, econômico a qual estão inseridos, visto que ao desconhecer a realidade dos pacientes, torna-se árduo traçar caminhos que possam contribuir no processo desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade de vida.

Analisando os relatos acima, percebemos que os sujeitos profissionais possuem discernimento para compreender que a atuação do serviço social, não somente provera aos pacientes à efetivação dos direitos a saúde, mas também o direito de ser cidadão tornando-os parte de uma sociedade mais justa e igualitária.

## CONCLUSÃO

O presente estudo teve como tema o Serviço Social na Atenção Básica de Saúde: a percepção dos profissionais da equipe técnica e como problema central com o déficit do quadro de Assistentes Sociais na saúde, não é realizado a intervenção necessária para a garantia de direitos e autonomia dos pacientes? Através deste estudo, que teve como objetivo verificar qual o papel do Serviço Social na área da atenção básica na visão da equipe técnica, pode-se observar que este teve um papel facilitador para que os pesquisadores e o município adquirissem um conhecimento da importância da efetiva atuação do Serviço Social na atenção básica.

Uma vez desvelada à importância que os profissionais da atenção básica atribuem a inserção do Assistente Social no quadro de funcionários, sempre sendo mencionado como o principal sujeito na efetivação dos direitos sociais, o trabalho mostra a compreensão e a aceitação dos sujeitos-profissionais em relação à integração de mais assistentes sociais na UBS, que contribuirá na adequação de melhorias nos atendimentos aos pacientes.

Devemos considerar que o número de Assistente Social atuando nas UBS são insuficientes para a conquista do objetivo maior do Serviço Social, que se permeia a efetivação dos direitos sociais.

O estudo revelou que a maioria dos sujeitos é do gênero feminino, demonstrando uma maior participação da mulher atuando na saúde pública. Em relação a faixa etária a prevaleceu idade entre 20 a 30 anos, sendo uma característica muito significativa no sentido serem profissionais ativos com grande capacidade de aprimoramento.

A pesquisa revelou que o tempo de trabalho dos sujeitos na saúde pública prevalece entre 1 a 15 anos e em relação ao tempo de trabalho na atenção básica tivemos predominância entre 1 a 10, nesse contexto entendemos que o setor público está se tornando um espaço disputado pela sociedade, pois é um espaço de segurança trazendo ao profissional estabilidade.

Percebemos que na saúde pública encontram-se inseridos várias categorias profissionais, no desenvolvimento da pesquisa constatamos que a maioria dos profissionais são enfermeiros, sendo profissionais essenciais na UBS, mas que não trabalham o atendimento preventivo, tendo a prevalência do curativo, ações paliativas.

Destacamos a maioria dos sujeitos (08) buscaram quantificar e qualificar seus conhecimentos dedicando-se a participação em cursos de especialização, sendo um item muito significativo para saber lidar com as novas demandas da sociedade contemporânea.

A hipótese apresentada nesse trabalho é que com a ausência do Serviço Social a equipe realiza ações que não são pertinentes a sua área de conhecimento, e conseqüentemente há dificuldades na garantia de direitos e autonomia dos pacientes, sendo executado um serviço qualificado parcialmente.

O estudo revelou que 08 dos sujeitos sendo estes a maioria, não realiza atividades que não compete a sua área desenvolver, deixando explícito que as demandas relacionadas a intervenção do Serviço Social, não estão sendo direcionadas aos setores competentes, havendo a neutralização de um trabalho articulado em rede.

Constatou-se que a maioria dos sujeitos não tem dificuldade em relação ao direcionamento das demandas às redes de garantia de direitos. Neste contexto há controversas, pois na conclusão acima constatamos que a maioria do sujeito não realiza atividades que não são pertinentes a sua área intervir. Desse modo percebemos que a dificuldade não existe porque não há discernimento dos profissionais para intervirem na realidade que desconhecem e conseqüentemente várias demandas relacionadas ao Serviço Social não estão sendo percebidas, conseqüentemente muitos direitos estão sendo violados.

A atuação do Assistente Social permeia em volta das expressões da questão social, sendo essas variáveis demandas que surgem no cotidiano de trabalho do profissional. Nesse estudo constatou-se a que a maioria das demandas mais frequentes nas unidades são pessoas com diabetes e hipertensão. É exatamente neste contexto que a atuação do Assistente Social se faz necessária, pois o profissional tem competência para desenvolver projetos educativos e preventivos que visem minimizar essas demandas, propiciando melhorias na qualidade de vida dos pacientes.

Um dos objetivos específicos da pesquisa foi desvelar as demandas que necessitam da intervenção do Serviço Social na UBS. Neste sentido buscamos averiguar quais as atividades que os sujeitos acham que o Assistente Social desenvolveria nas UBS, constatando que a maioria atribui a atuação do profissional em atender as famílias de forma integral em conjunto com outros serviços de proteção, orientando e informando sobre assuntos relacionados à saúde e na realização do diagnóstico social.

Desvendar as dificuldades encontradas na ausência do trabalho profissional do Serviço Social, também foi um dos objetivos propostos, sendo o ponto crucial para descobrirmos o

quanto o trabalho do Assistente Social pode auxiliar junto a equipe das UBS. No entanto constatamos que os aspectos problemáticos que interferem na realização e qualificação do trabalho dos sujeitos na ausência do Assistente Social, em sua maioria refere-se à necessidade da realização de visitas domiciliares, afim de conhecer o contexto histórico dos pacientes para que seja orientado e acompanhado mediante a suas necessidades.

Na pesquisa a maioria relatou que é importante a inserção do Serviço Social na UBS para tornar efetivo a efetivação dos direitos sociais aos pacientes. Constatamos que o Assistente Social é um profissional envolvido no campo dos direitos e sua atuação poderá assegurar aos pacientes o direito à vida com dignidade.

Compreendemos que o Serviço Social é uma profissão que desde início da formação de seus estudantes busca capacitá-los para desenvolver o trabalho em equipe, desse modo os resultados poderão satisfazer todos os envolvidos no processo, principalmente os pacientes. Entretanto confirmou-se que todos os sujeitos possuem conhecimento no que o Serviço Social pode contribuir no desenvolvimento do trabalho em equipe, sendo um profissional que poderá contribuir desenvolvendo ações que visem inimizar os fatores que propiciam para o adoecimento dos pacientes.

A ausência da humanização nos atendimentos na saúde pública é muito criticada em todo o território brasileiro. A falta de comunicação entre os profissionais envolvidos no processo não permite que haja entre a equipe o conhecimento das necessidades físicas e emocionais dos pacientes; dos familiares; amigos, inexistindo uma visão global do tratamento.

Compreendemos que as UBS são o espaço onde muitas vezes os pacientes têm seu primeiro contato com a nova realidade que deverá enfrentar. É nesse momento que surgem os sentimentos de medo; angustia; insegurança e até mesmo a raiva.

Pode-se afirmar que todos os sujeitos possuem conhecimento da importante contribuição que Serviço Social poderá aduzir para atendimentos nas UBS, constatando que a maioria dos sujeitos vê o Assistente Social como um profissional humanizado que busca acolher, orientar e acompanhar os pacientes em todos os momentos que necessitam, com o objetivo de ofertar-lhes todo o cuidado em torno da vida, resultando futuramente ao paciente a busca pela própria independência e autonomia.

Logo, a pesquisa confirmou parcialmente a hipótese comprovando que com a ausência do Serviço Social a equipe não realiza ações que não são pertinentes a sua área de conhecimento. Observou-se que para qualificar os serviços de saúde e conseqüentemente os

atendimentos é extremamente importante a inserção dos Assistentes Sociais no quadro de funcionários das UBS, que contribuirá nos atendimentos da questão social dos pacientes.

Concluímos a existência de muitas dificuldades na garantia de direitos e autonomia dos pacientes, sendo executado um serviço qualificado parcialmente. Constatamos que com a ausência do Serviço Social muitos pacientes não conseguem conquistar o que lhe é de direito, sendo violados de algo que é o mais precioso para vivermos dignamente, à saúde.

---

## BIBLIOGRAFIA

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica.** São Paulo: Makron Books, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. Decreto nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>> Acesso em 05/05/2012

CARRAPATO, J. F. L. **Apostila de saúde.** Bauru: Centro universitário de Bauru- ITE, 2011. 80 p. (Não publicado. Apostila utilizada na disciplina de seminários temáticos do trabalho profissional-módulo saúde da Instituição Toledo de Ensino).

CARRAPATO, J. F. L. **A pesquisa científica e suas normas.** Bauru: Centro universitário de Bauru-ITE, 2008. 43 p. (Não publicado. Apostila utilizada na disciplina de metodologia do trabalho científico da Instituição Toledo de Ensino).

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social.** Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº1, Brasília: CEFESS, 2009.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.18, n. 33, p. 01-50, jan./jun.2014.  
SOUZA, Laura Letícia de, SANTOS, Lúcia Barboza dos; CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia. O serviço social na atenção básica de saúde: a percepção dos profissionais da equipe técnica.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº2, Brasília: CEFESS, 2010.

FILHO, C.B. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1998. p. 05-14.

FONTANA, M.I. **Pesquisa em serviço social**. Bauru: Centro universitário de Bauru - ITE, 2011. 52 p. (Não publicado. Apostila utilizada na disciplina de pesquisa em serviço social II da Instituição Toledo de Ensino).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo. Atlas, 1991.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 15. ed. São Paulo, Cortez 2008.

IBGE. Censo 2010 Pederneiras. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 05 de maio de 2012.

INDRIUNAS, L. História de saúde pública no Brasil. Disponível em:  
<<http://pessoas.hsw.uol.com.br/história-da-saúde.htm>> Acesso em 05 de maio de 2012.

MINETTO, G. P. **Desenvolvimento local**. Bauru: Centro universitário de Bauru - ITE, 2012. 80. P. (Não publicado. Apostila utilizada na disciplina de desenvolvimento local da Instituição Toledo de Ensino).

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.18, n. 33, p. 01-50, jan./jun.2014.  
SOUZA, Laura Letícia de, SANTOS, Lúcia Barboza dos; CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia. O serviço social na atenção básica de saúde: a percepção dos profissionais da equipe técnica.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11<sup>a</sup>.ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.

PEDERNEIRAS entra na lista dos 100 melhores municípios do Brasil. Disponível em: <<http://www.pederneiras.sp.gov.br>>. Acesso em 05 de maio de 2012.

SILVA, E.L; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4<sup>a</sup> ed. rev. Atual – Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: < <http://projetos.inf.ufsc.br>>. Acesso em 28 jul. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.