



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**RAQUEL VEBER**

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA CAPACITAÇÃO E  
ACOMPANHAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SEDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE  
ALCÂNTARA – SC.**

**PALHOÇA**

**2009**

**RAQUEL VEBER**

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA CAPACITAÇÃO E  
ACOMPANHAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SEDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE  
ALCÂNTARA – SC.**

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

Orientadora: Professora: Ivana Marcomim, Msc.

Palhoça

2009

**RAQUEL VEBER**

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA CAPACITAÇÃO E  
ACOMPANHAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SEDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE  
ALCÂNTARA – SC.**

Este trabalho de conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 16 de novembro de 2009.

---

Orientadora: Ivana Marcomim, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

---

Profª Janice Merigo -

Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

---

Enfermeira Marisa A. dos Santos

Hospital Regional de São Jose

A todos que acreditam ou não em mim, a minha filha Lorena Beatriz motivo que me levou a fazer este curso, a minha mãe, meus irmãos, amigos, companheiros de trabalho da emergência do Hospital Regional e SAMU/SJ pelo apoio, em especial a professora Maria de Lurdes Bastos, que mesmo na adversidade me apoiou e estimulou a seguir em frente, aos professores, supervisores e orientadores, que colaboraram para a minha formação, meus sinceros agradecimentos.

Ando devagar por que já tive pressa e levo  
este sorriso por que já chorei demais...  
Cada um de nos compõe a sua história e  
cada ser em si carrega o dom de ser capaz  
de ser feliz...

(Almir Sater)

## RESUMO

O presente trabalho decorre da análise da experiência de estágio curricular em Serviço Social realizada junto ao Programa de Saúde da Família – PSF, do Município de São Pedro de Alcântara. Reflete a trajetória histórica da saúde, considerando seus avanços e desafios até a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, Lei nº. 8.080/90. Contextualiza o PSF no âmbito da atenção primária, destacando a ação estratégica dos agentes comunitários para o processo de consolidação dos serviços neste nível de complexidade. Reflete a ação do Serviço Social no âmbito da saúde, em especial, no processo de investigação e atenção as demandas expressas pelos agentes de saúde para efetivar suas atribuições. Neste sentido, situa a prática profissional no âmbito de intervenção sócio-educativa, analisando o processo de qualificação dos referidos agentes, desenvolvida pela acadêmica, o que consubstanciou o aprimoramento de suas ações profissionais. Tais aspectos correspondem ao interesse acadêmico em responder ao problema central desta obra que se volta a compreender: Quais as contribuições do Serviço Social na capacitação e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde para que desenvolvam o trabalho comunitário, na unidade básica de saúde Sede no Município de São Pedro de Alcântara? Assim, seu objetivo geral é refletir sobre a contribuição do Serviço Social na capacitação e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde para o trabalho comunitário na unidade básica de saúde Sede do Município de São Pedro de Alcântara. O processo de atuação desenvolvido pela acadêmica junto ao universo em questão, permitiu evidenciar a especificidade da prática profissional, em especial no tocante a dimensão sócio-educativa a qual caracterizou a intervenção junto ao grupo em questão, destacando a capacidade contributiva do Serviço Social para o desenvolvimento da política de saúde no âmbito da atenção básica, que deve ser fortalecida por meio da ação eficaz e eficiente dos agentes comunitários de saúde.

**Palavras chave:** Saúde; Sistema Único de Saúde; Programa de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Serviço Social.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

GRÁFICO 1.....	45
GRÁFICO 2.....	46
GRÁFICO 3.....	46
GRÁFICO 4.....	47
GRÁFICO 5.....	47
GRÁFICO 6.....	48
GRÁFICO 7.....	48

## **LISTA DE TABELA**

TABELA 1.....	35
---------------	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. O PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA COMO NOVO MARCO DA POLÍTICA DE DIREITO A SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
2.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS.....	13
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A AÇÃO ESTRATÉGICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	22
2.3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA.....	31
<b>3. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>37</b>
3.1. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	37
3.2. DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NAS PRÁTICAS E NO COTIDIANO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	41
3.3. CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA: A DIMENSÃO SÓCIA EDUCATIVA DO SERVIÇO SOCIAL.....	44
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

## 1. INTRODUÇÃO.

O conceito de saúde pública vem evoluindo no processo histórico de organização da sociedade e da intervenção do Estado, passando a ser centrada na busca de melhor qualidade de vida da população, ultrapassando as práticas curativas que dominavam o sistema de saúde no Brasil até os anos 90, para abranger todo um contexto social, como um dos aspectos que constituem a realização da cidadania.

As mudanças ocorridas no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº.8.080/90) e a criação do Programa de Saúde da Família, que tem preconizado em sua estruturação a adoção de medidas de promoção a saúde, com ênfase na educação em saúde, e articulação de conhecimentos técnicos e populares no caso dos agentes comunitárias de saúde, contribuíram para que se possa ter novas políticas capazes de promover a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e de sua comunidade.

A Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 no capítulo VIII que trata da Ordem social, na secção II referente à Saúde define no artigo 196 dispõe que:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF1988).

O Sistema Único de Saúde institui o atendimento descentralizado, por níveis de complexidade, sendo o PSF (Programa Saúde da Família), atual ESF (Estratégia em Saúde da Família), situado no nível básico de atenção primária. Neste âmbito considera-se o primeiro processo de interação entre população e serviços públicos. Tal processo é instituído a partir da atuação direta dos agentes comunitárias, responsáveis imediatos por estabelecer o processo de comunicação inicial entre este sistema e seus beneficiários. Assim sendo, há de se considerar as demandas inerentes a esta prática sob risco de se negligenciar necessidades de qualificação que subsidiariam melhor atuação no âmbito deste atendimento. Naturalmente, não se pode vincular a eficácia e efetividade de um sistema a ação específica de uma categoria, mas suas demandas para melhor processamento de seu trabalho devem ser consideradas inclusive como direito destes trabalhadores da saúde.

Tal percepção, se deu a partir da realização do estágio curricular do curso de Serviço Social realizado junto a Secretaria de Saúde e Assistência Social do Município de São Pedro

de Alcântara, especificamente na Coordenadoria de Assistência social, durante os meses de junho de 2008 a julho de 2009.

Neste processo, notou-se a necessidade de uma reflexão sobre as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família e as dificuldades do trabalho efetivo do Serviço Social, possibilitando desta forma a ampliação do atendimento aos usuários do sistema básico de saúde.

Com o desenvolvimento do estágio curricular realizado na Unidade Básica de Saúde no bairro Sede do Município de São Pedro de Alcântara, foi então onde se percebeu a necessidade de capacitar os agentes comunitários de saúde para o trabalho em comunidade, sendo que os mesmos são os principais elos entre o sistema de saúde e a comunidade. Estas, muitas vezes, são solicitadas para além das questões de saúde da comunidade, ou das famílias que visitam, mas também em situações diferenciadas, tornando-se assim agentes de cidadania, porém, sem estarem devidamente capacitadas para responder as demandas e necessidades.

Desta experiência decorre o presente Trabalho de Conclusão de Curso, cujo problema central que o dirige é: Quais as contribuições do Serviço social na capacitação e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde para que desenvolvam o trabalho comunitário na unidade básica de Saúde Sede no Município de São Pedro de Alcântara? Seu objetivo geral se volta a compreender este fenômeno, sendo seus objetivos específicos voltados a apresentação e constituição do Programa de Saúde da Família no Município de São Pedro de Alcântara, a contextualização da saúde pública no Brasil e a caracterização do Sistema Único de Saúde - SUS a partir da Constituição Federal de 1988, considerando os princípios e diretrizes do Programa Saúde da Família a atuação dos agentes comunitários de saúde e por fim, refletir acerca dos desafios e contribuições do serviço social a partir de novas práticas e saberes no cotidiano do Programa Saúde da Família.

O desenvolvimento do estudo conta com quatro capítulos, sendo que o primeiro é constituído por esta introdução.

O segundo capítulo aborda a saúde pública no Brasil e a constituição do Sistema Único de Saúde - SUS, através da história da saúde no Brasil do final do século XIX até a Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS, através dos aspectos conceituais e descritivos do sistema - Lei nº. 8.080, assim como a caracterização do Programa de Saúde da Família e a ação estratégica de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, finalizando o

capítulo a análise da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família no Município de São Pedro de Alcântara.

No terceiro capítulo refletirá a atuação do Serviço Social no contexto do Programa de Saúde da Família, a inserção do Serviço Social na saúde no Brasil, assim como os desafios do Serviço Social partindo de novas práticas e saberes no cotidiano do Programa de Saúde da Família e ao final apresenta as contribuições do Serviço Social na capacitação dos Agentes Comunitárias de Saúde do Município de São Pedro de Alcântara.

O quart capítulo apresenta os aspectos conclusivos do presente trabalho.

Preende-se que este estudo represente mais do que uma exigência de formação acadêmica, mas que contribua para disseminar a representação significativa do Serviço Social, através da atuação técnica dos assistentes sociais, podendo ocupar papel de destaque na equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família e na efetivação e consolidação do Sistema Único de Saúde como direito.

## 2. O PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA COMO NOVO MARCO DA POLÍTICA DE DIREITO A SAÚDE.

### 2.1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

O Sistema de saúde vem sofrendo constantes transformações, acompanhando o contexto econômico, social, cultural e político da sociedade brasileira.

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia, já nos últimos anos do século XIX, como resultado de mudanças econômicas e políticas a saúde pública já aparece como reivindicação do nascente movimento operário.

No início do século XX até meados dos anos 60, o modelo adotado no Brasil era o modelo hegemônico Sanitarista Campanhistas, que objetivava principalmente o controle de doenças (epidemias) que prejudicassem a exportação de mercadorias. A ação do Estado na saúde pública era de caráter preventista, conduzido através de campanhas e medidas autoritárias, discriminatórias e impopulares, objetivando assim o controle social – Estado sobre a sociedade e a assistência médica em caráter curativo conduzido por ação da previdência e prática privada.

Desse modo, enquanto a economia brasileira estava dominada por um modelo agrário/exportador, baseado na monocultura, o que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento das áreas onde circulavam e eram exportadas as mercadorias, bem como o controle de doenças que pudessem prejudicar as plantações e exportações.

De acordo com BRAVO (1996, p.31), até a década de vinte não se observava por parte do Estado brasileiro, nenhuma política estruturada em relação à saúde, deixando esse espaço de assistência a cargo de entidades religiosas e filantrópicas. Em 1921, iniciou-se uma estruturação maior da política em saúde com a reforma Carlos Chagas. Já em 1923, com a lei Elói Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários - CAPS foram estatizadas e junto com elas foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de atuar junto às áreas de saneamento urbano e rural, de higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil, dando início a uma política higienista.

Nos anos trinta, segundo o mesmo autor, o sistema previdenciário brasileiro, passou por inúmeras reformulações, devido à crise econômica mundial e crises políticas e sociais

internas, sendo criado neste contexto o Ministério da Saúde e Educação, que foi dividido em duas áreas: saúde pública e medicina previdenciária. A Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPS) foram mantidas e foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) para categorias profissionais mais destacadas como bancários e industriários. Esses últimos com forte intervenção do Estado em sua administração, sendo o colegiado composto por representantes de empregadores e empregados, mas sem poder deliberativo como o do CAPS. Assim, os IAPs começaram a ser “consumidores” dos serviços médicos privados, prestados, principalmente, por entidades filantrópicas como as Santas Casas, de quem a previdência comprava serviços.

Em 1942, foi criado o Serviço Especial da Saúde Pública, para atuar nas áreas estratégicas econômicas e militares, como no ciclo da borracha do estado amazônico. Ainda nessa mesma década, deu-se o fim da configuração autoritária do Estado Novo e, a instalação de um regime de governo mais democrático do estado brasileiro. Inspirado no “welfare state” (estado de bem-estar social) europeu, o governo criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência (IAP), considerados o berço da previdência social brasileira.

O processo de industrialização vertiginoso vivido pelo estado brasileiro, na “era JK” (1955 – 1961), estruturou, segundo Mendes (1996, p. 59), um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida por algum sistema de saúde. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva, cujo fato incentivou o crescimento da atenção médica da Previdência Social e a redução das ações campanhistas, contribuindo na expansão do complexo médico-industrial que dominou o modelo assistencial em saúde no Brasil, da metade da década de 60 até os anos 80.

Após a renúncia do presidente Jânio Quadros, em 1961, João Goulart assumiu o governo, marcado por divergências e desagravos políticos. Em 1963, o Ministério da Saúde foi separado do antigo Ministério da Educação e Saúde, o que fez com que o sistema de saúde começasse a funcionar como um modelo de seguridade social, ou seja, onde somente quem contribuísse tinha o direito de usufruir de seus benefícios. Ainda nesse mesmo ano, realizou-se a IIIª Conferência Nacional de Saúde, na qual se discutiu uma Política Nacional de Saúde, com propostas de municipalização dos serviços.

Essa Conferência propunha a criação de Conselhos Municipais de Saúde, com o objetivo de captar os diferentes grupos sociais de cada localidade, para contribuir com as atuações médicas sanitárias municipais.

No entanto, essas propostas de municipalização dos serviços de saúde e participação popular foram refutadas pela ditadura militar que assumiu o papel regulador da sociedade, principalmente através do estabelecimento da censura e da repressão violenta às manifestações contrárias e críticas ao governo instituído após o golpe militar de 1964.

No ano de 1966, os Institutos de Aposentadoria e Previdência foram unificados no então recém criado Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, sendo que as políticas em saúde desse período foram eminentemente hospitalar ou centros de baixa resolutividade, prevalecendo o modelo médico assistencial curativo e privatizante. Nesse período e nas décadas subsequentes de ditadura militar o setor saúde no Brasil propiciou a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços.

No ano seguinte, aconteceu a reforma da administração federal, que redefiniu a área de competência do Ministério da Saúde, tendo como consequência dessa reforma a efetivação da dicotomia entre a saúde coletiva e a individual. Sendo que a primeira foi assumida pelo Ministério da Saúde, através do estabelecimento de medidas de caráter coletivo e ao setor privado, conveniado com o governo, coube a atenção médica curativa e individualista.

Dentro deste quadro, foi criado em 1967 o Instituto Nacional de Previdência Social INPS, unificando assim os Institutos de Aposentadoria e Previdência, sendo que as políticas em saúde desse período foram eminentemente hospitalocêntricas e de baixa resolutividade, prevalecendo o modelo médico assistencial curativo e privatizante.

O início da década de setenta foi marcado, pelo lançamento do Iº e IIº Plano Nacional de Desenvolvimento, nos quais a saúde individual e coletiva tinham suas responsabilidades explicitadas.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela assistência médica, reservando lucros ao setor privado. No ano seguinte foi regulamentado o Sistema Nacional de Saúde e a partir dessa data, o domínio exercido pelo componente assistência médica acentuou-se sobre o de saúde pública através do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e depois pelo INAMPS (Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social).

Contraopondo-se a esse modelo médico assistencialista privatista, o qual privilegiava a prática médica curativa especializada e individualista, em detrimento da saúde pública, surgiu, em meados da década de setenta, o movimento sanitário, este movimento se contrapunha a um modelo claramente privilegiado do setor privado, da medicina liberal, com modalidade hospitalar de atendimento.

De um modo geral, após o processo de reabertura política do final da década de 70 e início dos anos 80, duas correntes ideológicas predominaram no setor saúde. A primeira formada por representantes do complexo médico-industrial (representantes da indústria farmacêutica, laboratoriais e hospitais), defendia a privatização do setor saúde. A segunda corrente integrada por intelectuais e profissionais de saúde, pelo movimento estudantil, entre outros grupos organizados (movimento sanitário) lutava pela reorganização, reestruturação e democratização dos serviços de saúde coletiva e encabeçavam o movimento pela reforma sanitária no Brasil.

A partir da década de 80 e década de 90, com a elevação dos custos de assistência médica, a recessão econômica, provocam uma crise financeira e organizacional de grandes proporções, corroendo o pilar fundamental do modelo assistencial privatista.

Diante desta crise, alguns técnicos oriundos do movimento sanitário assumem posições estratégicas gerenciais no interior do Estado resultando em alguns projetos antagônicos dentre os quais VIIIª Conferência Nacional de Saúde, na qual se discutiu uma Política Nacional de Saúde, com propostas de municipalização dos serviços que contou com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuavam no setor saúde, dos grupos de profissionais e partidos políticos e influenciou significativamente na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como também na elaboração dos preceitos constitucionais relacionados ao setor saúde.

A VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, propôs uma reforma sanitária entendida como processo político e democratizador da saúde, partindo de três aspectos fundamentais:

- Conceito ampliado de saúde, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação e trabalho;
- Saúde como direito do cidadão, e conseqüentemente como dever do Estado;
- Financiamento do Setor.

A VIIIª Conferência consegue pela primeira vez na história brasileira, hegemonizar a idéia de um sistema único de saúde, público e sob o controle do Estado, além de estabelecer a saúde como direito de cidadania, propondo assim, uma profunda reformulação do sistema de saúde, com a institucionalização de um sistema único de saúde, com a qual culminou com a Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 no capítulo VIII da Ordem social, na secção II, referente à Saúde tem definido no artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF1988).

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 resgatou as propostas da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (CNS), criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo nos artigos 196 e 197 a saúde como direito de todos e dever do Estado, considerando as ações e serviços de saúde relevantes e de responsabilidade do Poder Público. No artigo 198 apresentaram-se as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único, de descentralização, atendimento integral, como prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

O direito a saúde implica o reconhecimento de que todos os cidadãos sem exceção têm garantias universais à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

O Sistema Único de Saúde - SUS é um sistema, formado por varias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e complementarmente pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público.

Criado constitucionalmente, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Leis nº. 8080, de 19/09/1990 e nº. 8.142, de 28/12/1990, ambas ainda em vigor. A Constituição Federal de 1988 definiu diretrizes para a implementação do sistema, que tem por objetivo inserir todos os brasileiros no mesmo contexto:

- A Universalidade – Todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde;
- A Equidade – A rede de serviços deve estar atenta às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta;
- A Integralidade - As pessoas têm o direito de serem reconhecidas no conjunto de suas necessidades e os serviços devem estar organizados de modo a agir nas ações requeridas.
- Participativa – Garantia da participação em todos os níveis de governo.

O grande avanço implementado pelo SUS, foi ampliação do conceito de saúde, abrangendo fatores como moradia, alimentação, emprego, lazer, educação, ou seja, como um retrato das condições materiais e sociais de vida da população.

“O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. (...) O SUS pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos”. (Cunha & Cunha, 2001, p. 299)

Desta forma, a nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva, foram instituídos as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual; e fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário

Municipal de Saúde. As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002, p. 85).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções (macro-funções) gestoras na saúde:

- Formulação de políticas/planejamento;
- Financiamento;
- Coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- Prestação direta de serviços de saúde.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde “promoção da saúde, articulação intersetorial, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros” (SOUZA, 2002, p.91).

A Legislação do SUS e diversas normas e portarias editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas de governo.

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional estadual e municipal – é feito pela Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes. De acordo com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas

naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

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

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

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

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

A Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação, federal, estadual e municipal.

Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a forma legal da participação da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde e da Conferência de saúde e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei 8.142/1990, em seu artigo 1º trata dos Conselhos de saúde, assim disposto:

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A Constituição Federal de 1988 abriu espaço para o controle social no SUS, que significa a participação popular da sociedade organizada, decidindo sobre políticas de saúde, prioridades adotadas e fazendo o acompanhamento e fiscalização das ações executadas para melhorar as condições de vida e de saúde da população, estabelecendo assim uma capacidade de participação e mudança.

O princípio do SUS, permite o reconhecimento e atenção às demandas de saúde, considerando a organização da assistência na forma regionalizada e hierarquizada em três níveis de acordo com sua complexidade, sendo eles:

- Atenção Básica ou Primária que consiste no atendimento que é composto pelas Unidades Básicas de Saúde como os Centros e Postos de Saúde, que oferece serviços externos, ambulatoriais, nas áreas da promoção da saúde, na qual podemos destacar o Programa de Saúde da Família.

-Atenção Secundária ou Média Complexidade, está centrado nos pronto-atendimentos, os hospitais distritais ou as policlínicas, clínicas, casas de saúde ou centros médicos, que atuam num atendimento ambulatorial e de internação em curto prazo.

- Atenção Terciária ou Alta Complexidade, concentram-se os hospitais de grande porte e os hospitais especializados no tratamento ou estudo de certas doenças, com períodos de internação hospitalar de longo prazo e procedimentos complexos.

A saúde passa então a ter como fatores dominantes e condicionantes, dentre outros a alimentação, a moradia, o saneamento, o ambiente, o trabalho, a renda e o acesso a bens e serviços essenciais, assim não sendo mais o caso de mera ausência de doenças, mas o caso de se garantir saúde muito além dos cuidados médicos, curativos e focalizados, mas em ações interativas, solidárias e integrais, assegurando a população, direitos, deveres, liberdade e participação.

O Sistema Único de Saúde, na forma como foi concebido, deveria ser um exemplo para o mundo inteiro. Um sistema único, organizado, integrado e qualificado, garantindo a preservação e a recuperação da saúde a todos os brasileiros, e com a participação da sociedade, sem exclusões nem exceções. Lamentavelmente, ainda há muitos e graves problemas, como falhas no atendimento, filas de espera, faltam de medicamentos, doentes e doenças proliferando são notícias cotidianas no Brasil, o SUS precisa de planejamento e continuidade para seus melhores resultados.

É preciso entender que estas ações são mais efetivas quando contemplam muito mais do que o tratamento de doenças, o objetivo maior é preservar as pessoas saudáveis e com boa qualidade de vida.

Neste contexto, a que se destacar a importância da atenção básica e seus serviços, uma vez que neste âmbito deve ser atendido o maior contingente de demandas desta política. Considera-se que os serviços disponibilizados pela rede básica, em especial pelos PSFs e suas agentes, devem contemplar a atenção preventiva e mediadora de uma complexa gama de demandas de saúde que podem vir a se desdobrar nos demais níveis de atenção, mas que tem neste espaço, o da atenção primária a sua “porta de entrada” para o atendimento neste sistema.

Assim sendo, a ação exercida pelos Agentes Comunitários de Saúde, ligados ao PSF, merece destaque e torna-se uma realidade a ser considerada no âmbito de atuação do Serviço Social no campo da saúde pública como política de direito.

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AÇÕES ESTRATÉGICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE.

Na questão do atendimento público, as demandas de saúde são um desafio a maior parte dos governos que se vêem desafiados a consolidar políticas de atendimento eficazes, eficientes e efetivas. Parte desse desafio se situa no processo de distribuição das competências e efetiva ação dos gestores públicos neste enfoque, priorizando-se esta demanda de direitos em seus planos de gestão.

Com o avanço do processo de descentralização da política de saúde, em 1995 iniciaram-se negociações para o estabelecimento de novas regras, que envolviam redefinição de papéis das esferas e mudanças nos mecanismos de repasse de seus recursos. Esse processo

resultou na edição da Norma Operacional SUS 01/96 (NOB SUS 96), que introduziu novas condições de gestão para estados e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde); instituiu a Programação Pactuada e Integrada — PPI, como instrumento para articular a ação inter-governamental e reorganizar a gestão do sistema, determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso de Atenção Básica — PAB e incentivos a ações e programas: o Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família — Pacs/PSF, a Fração Assistencial Especializada, o Piso Básico de Vigilância Sanitária, entre outros.

Resultante deste processo o governo federal definiu em seu plano de gestão um conjunto de programas e projetos, consolidando em um plano nacional de saúde que fundamenta as transformações preconizadas pelo SUS em serviços concretos.

Nesta lógica, têm-se a definição de uma rede de serviços e o desenho de um sistema articulado e integrado de ações que devem se complementar para consolidar esta política de direitos.

Parte integrante e central deste sistema em âmbito nacional e que se distribui aos níveis estadual e municipal é o ESF – Estratégia de Saúde da Família – antes denominado PSF - Programa de Saúde da Família.

Podemos apontar os principais momentos que culminaram com a Atual Estratégia de Saúde da família que são:

- **Década de 80** — Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS).
- **1991** — Criação oficial do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
- **1994** — Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do programa Saúde da Família (PSF).
- **1996** — Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
- **1997** — Lançamento do REFORSUS, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política

de saúde; publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.

- **1998** — O PSF passa a ser considerada estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que se serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.

- **1999** — Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria n.º. 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

- **2000** — Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

- **2001** — Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”; apoio à entrega de medicamentos básicos as Equipe de Saúde da (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

- **2002** — Realização de um quarto evento: “PSF — A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e da segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

- **2003** — Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf), cuja proposta inicial era a ampliação do Programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, e publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica. (Ministério da Saúde, disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br))

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi lançado com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região do Nordeste do Brasil. Este programa já estava pautado nos princípios

indutores da mudança de modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde.

A criação em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), que tinha por principal objetivo valorizar os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe, com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersertoriais e de estímulo à participação da comunidade.

O Ministério da Saúde (MS), em publicação do ano de 1997, entendia o Programa de Saúde da Família (PSF) como:

“Um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (*Fonte Ministério da Saúde disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)*)

Este modelo de rede básica deve ser entendida como a substituição do modelo vigente, sintonizada com os princípios do SUS e voltada à defesa da vida da população.

A Norma Operacional Básica lançada em 1996 tem a intenção de fortalecer a implantação do PSF e do PACS e segundo esta, o programa é estratégia para a reorientação do modelo assistencial.

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

A análise da situação de saúde é a primeira etapa de um programa de saúde comunitário. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde, então não vem como objetivo, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana.

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Uma boa saúde é o melhor recurso para o desenvolvimento pessoal, econômico e social e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, que são compostas no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, a atuação da equipe ocorre principalmente na unidade básica de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada ao sistema de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, intervir sobre os fatores de risco os quais a comunidade está exposta, prestar assistência integral, permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde, com maior capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população, com assistência integral ao usuário em sua moradia, num atendimento mais próximo, contínuo e humanizado.

As equipes são responsáveis em conhecer a realidade das famílias, diagnosticando através de cadastramento suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de riscos aos quais são expostos e elaborar um planejamento para resolução dos problemas encontrados com a participação da comunidade, prestar assistência integral, inclusive no domicílio, quando necessário e desenvolver um programa educativo a fim de enfrentar os problemas de saúde identificados.

O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

O PSF pouco a pouco vem tornando-se a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. A atenção passa a ser centrada na família entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Através de uma convivência estreita, vivencia-se o dia a dia das comunidades, o que vem possibilitando as equipes uma compreensão ampla do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção que vão além das práticas curativas. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

Ângelo e Bousso (2001), mencionaram a necessidade de se levar em consideração às crenças e opiniões que as próprias famílias têm sobre o significado da expressão “família”, mesmo que o Programa de Saúde da Família cadastre somente os membros familiares que residam na sua área de abrangência.

“Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização”. (Ângelo e Bousso, 2001, p. 14).

Basicamente a atuação realizada pelo PSF, se insere a nível primário de atenção básica que consiste de acordo com o Ministério da Saúde em: Integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

“Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde”. (Fonte: MS disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

Os agentes comunitários de saúde são os elos entre as equipes do PSF e a comunidade, abrindo as portas para a atuação de médicos e enfermeiros e fazendo a interlocução permanente entre eles. Mais do que isso, nas comunidades carentes muitas vezes são eles as únicas representações do poder público, sendo chamados não apenas para dar suporte nas questões relacionadas à saúde, como também para as questões sociais, legais, transformando-

se em verdadeiros agentes de cidadania. Hoje a profissão é reconhecida pela lei de nº. 10.527, criada em 10 de julho de 2002.

De acordo com a Lei 10.527 são atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das família acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

Ainda de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde, deve ser uma pessoa da própria comunidade preparada para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e a zelarem pela saúde da comunidade e deve estar vinculado a Unidade de Saúde, mais próxima de sua área de atuação.

Entretanto, pelo menos pela proposta oficial do Ministério da Saúde, para ser um agente comunitário de saúde é preciso preencher aos seguintes requisitos: ter no mínimo

dezoito anos de idade; ser alfabetizado; residir na comunidade há pelo menos dois anos, passar por um processo seletivo que inclui prova escrita e entrevistas individual e coletiva.

O agente comunitário de saúde também faz parte da equipe da saúde da família, que não poderá receber menos do que um salário mínimo para que visite mensalmente de 500 a 575 pessoas – pelas quais é responsável – em todas as questões relacionadas com a saúde, quer seja, identificando doenças, orientando, encaminhando ou mesmo acompanhando a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação ou à reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. Para fazer esse trabalho, o agente comunitário de saúde deve ser treinado e orientado por um enfermeiro, denominado de instrutor-supervisor.

Conforme determinação do Ministério da Saúde o Agente Comunitário de Saúde, deverá residir na própria comunidade onde está vinculado à USF que atende a comunidade, o agente comunitário de saúde, deve ser alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. Estar em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular, que atendam as necessidades e as demandas do cotidiano da comunidade em que reside a atua como interlocutor dos problemas levantados em suas visitas domiciliares. Sarita apresenta a seguinte definição para visita domiciliar:

“É uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto a indivíduos em seu próprio meio social ou familiar”.  
(Sarita, 2003, p.01).

Nas visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde cadastram as famílias e prestam orientações, além de nome, idade, condições de moradia, escolaridade, profissão, identificam o histórico de saúde dos integrantes, apontando a existência de enfermidades, como tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, entre outras, as consultas necessárias são marcadas pelo agente, que, muitas vezes, acompanha a pessoa até o centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientações sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde.

A visita domiciliar de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como idosos em situação de abandono, com dificuldade motora, acamados e com feridas.

A partir deste contexto, questiona-se, quais as capacitações que o agente de saúde tem para realizar tal procedimento? A diversidade dos fenômenos que se apresentam no cotidiano das famílias, interferem no trabalho dos agentes comunitários de saúde, podendo torna-lo mecanizado e burocratizado.

A dificuldade no reconhecimento da família como totalidade e uma estrutura em contínua mudança no contexto social em que vivem, concorre significativamente para dificuldades encontradas pelos agente comunitário de saúde em suas visitas domiciliares.

Embora, a previsão do trabalho do agente comunitário de saúde seja de um facilitador de acesso e conhecimentos a questões de saúde, a realidade apresenta-se de forma muito diferente, com limitações de diferentes ordens, tais como as limitações de conhecimentos em saúde pública, legislação e políticas de saúde. Em certas comunidades, podemos observar que a atuação do agente comunitário de saúde, serve somente com mero entregador de recados, não participa efetivamente das atividades de ações de educação e prevenção em saúde determinada pelo Ministério da Saúde, para a efetivação do programa. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.

A saúde, então não vem como objetivo, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana, como já mencionado, a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Uma boa saúde é o melhor recurso para o desenvolvimento pessoal, econômico e social e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde.

Assim, a efetividade do atual ESF, depende diretamente da ação estratégica dos agentes comunitárias de saúde. Estes profissionais dão corpo aos serviços neste âmbito básico de atendimento, devendo, portanto, serem consideradas como agentes centrais para consolidação desta política de direitos no nível de atenção básica.

Ao que se percebe esta é uma realidade que desafia aos gestores e profissionais da saúde na quase totalidade dos municípios brasileiros. Este também é o caso do município de São Pedro de Alcântara, como se descreve a seguir.

### 2.3. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA

O Programa de saúde da Família no município de São Pedro de Alcântara iniciou seus trabalhos juntamente com a criação do município, que se deu em 16 de abril de 1994, através da Lei nº. 9.534.

O Município de São Pedro de Alcântara foi à primeira colônia alemã do Estado de Santa Catarina, a compreensão de seu processo de constituição histórica é relevante para se compreender o perfil sócio demográfico e cultural hoje encontrado no município.

Segundo o historiador Jochem (1999), a política imigratória do governo brasileiro teve início no século XIX com D. João VI, sendo seguida e desenvolvida posteriormente por D. Pedro I. A idéia inicial era de povoar principalmente as províncias de São Pedro no Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, para proteger e defender a fronteira sul do império, em conflito com as províncias do Rio da Prata pela posse da banda Oriental (Uruguai). D. João VI preocupava-se em criar uma classe de homens livres e brancos, pequenos agricultores que produzissem gêneros alimentícios para o mercado interno sob controle do Estado. Outro fator que influenciou a vinda de imigrantes foi à necessidade de organizar um exército, pois ao chegar ao Brasil D. João VI deparou-se com uma população de negros e mulatos e via como inevitável a formação de um exército de cidadãos, o objetivo era então, aumentar a população de brancos para serem maioria.

Baseado na pequena propriedade familiar a imigração alemã esteve estreitamente vinculada ao sistema de colonização brasileira, cuja política pautou-se na existência de conflitos nas fronteiras internacionais devido as grandes áreas de terras devolutas consideradas desabitadas, apesar da existência de grupos indígenas e posseiros.

Os alemães eram considerados bons agricultores e, portanto, imigrantes ideais para povoar vazios demográficos dentro de um regime com base em pequenas propriedades.

Em 25 de novembro de 1814, através de edital, D. João VI convida de forma mais contundente, os europeus a imigrarem para o Brasil. Os primeiros imigrantes recebiam vários incentivos como: passagem gratuita, concessão de terras, bois, cavalos, sementes, para lavrarem a terra.

As colônias alemãs não se desenvolveram no litoral do Brasil devido a inadequação dos imigrantes aos trópicos, o governo, então, repensou as fundações para o sul do Brasil .

A instalação da colônia em São Pedro de Alcântara se deu em 1º de março de 1829, com aproximadamente 60 imigrantes às margens do Caminho das Tropas, denominado pelos alemães de “KISERLICHERWEG” (caminho imperial), datado de 1787, este, foi a primeira ligação da cidade de Desterro (Florianópolis) à vila de Lages.

A fundação da colônia de alemães em terras catarinenses foi dada pelo presidente da província Albuquerque Mello de Santa Catarina, em mensagem ao ministro imperial José Clemente Pereira, que dera à colônia a denominação oficial de São Pedro de Alcântara, em homenagem ao santo de devoção da família imperial. São Pedro foi elevado à categoria de freguesia e à paróquia, em 13 de abril de 1844, mediante Lei Provincial nº. 194. A partir de março de 1929, adentraram na colônia, várias levas de imigrantes, sendo que a maior parte professava a religião católica.

É importante ressaltar que havia grande insatisfação por parte dos imigrantes, que encontraram condições adversas, além de terras íngremes e de pouca fertilidade, eram desfavoráveis as atividades rurais. A primeira capela construída foi a Capela de Santa Bárbara, localizada hoje, na comunidade de Campo de Demonstração às margens do Rio Maruim, a vila da hoje cidade, teve seu desenvolvimento marcado com a construção da igreja Matriz, grande marco arquitetônico do estado.

São Pedro de Alcântara pertencia ao município de São Jose, sendo elevada a categoria de município em 16 de abril de 1994, através da Lei nº 9.534, sancionada pelo então governador Dr. Antônio Carlos Konder Reis, em cerimônia realizada na própria sede histórica. Sua emancipação político administrativa ocorreu em 01 de janeiro de 1997, com a posse do primeiro prefeito eleito.

O Município está localizado na região da Grande Florianópolis, fazendo limites com o município de Antônio Carlos ao norte, ao sul com os municípios de Águas Mornas, Santo Amaro da Imperatriz e Palhoça, a leste com o município de São José e a oeste com o município de Angelina. Possui uma área territorial de 140,60 km<sup>2</sup>, com altitude média de 300 metros acima do nível do mar, possui clima subtropical com características de mesotermico úmido, o inverno tem características hibernais marcantes, com ocorrência de geadas e os verões são quentes e amenizados pela altitude. A massa tropical atlântica é de grande

persistência durante o ano e a continental é mais freqüente no verão, ocasionando grandes enxurradas, acarretando enchentes desastrosas no município.

A rede hidrográfica do município é apresentada por pequenos rios encachoeirados, sendo sua principal bacia hidrográfica o Rio Maruim, possuindo 45 km de extensão, dos quais 33 km estão em território alcantareense. O relevo de São Pedro de Alcântara é caracterizado por montanhas com encostas íngremes e planícies estreitas, a geologia se constitui em relevo tipo montanhoso e sua cobertura vegetal é de mata atlântica.

A principal atividade econômica do município é a agricultura de subsistência e a fabricação de cachaça artesanal.

A estrutura política administrativa municipal vem sendo construída no decorrer de sua história. De acordo com a Lei orgânica do Município Art. 1º (1997),

[...] Município de São Pedro de Alcântara, em união indissolúvel ao Estado de Santa Catarina e à República Federativa do Brasil, constituído dentro do Estado democrático de direito, em esfera de governo local, objetiva, na sua área territorial e de competência, o seu desenvolvimento com a construção de uma comunidade livre, justa e solidária, fundamentada na autonomia, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho, na livre iniciativa e no pluralismo político, exercendo o seu poder por decisão dos munícipes, pelos seus representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta Lei Orgânica, da Constituição Estadual e da Constituição Federal.

A população do Município, de acordo com o Censo do IBGE de 2007, é de 4.765 habitantes, divididos nas áreas urbana e rural. São Pedro de Alcântara é um município em fase de desenvolvimento, que mantém seus costumes e tradições, com uma população trabalhadora e hospitaleira.

Inicialmente o Município contava apenas com uma equipe de saúde da família, que atuava na própria Sede administrativa no andar térreo.

Como o Programa Saúde da Família é um programa do governo federal onde os municípios participam mediante credenciamento das equipes e conseqüentemente criando suas próprias leis para contratação dos profissionais conforme segue:

- Lei nº. 144/2000 Autoriza o Poder Executivo Municipal a contratar médico para o Programa de Saúde da Família-PSF e dá outras providências.

- Lei nº. 149/2000 Autoriza o Poder Executivo Municipal a criar vagas para Equipe do Programa de Saúde da Família –PSF e dá outras providencias.
- Lei nº. 163/2001 Autoriza o Poder Executivo Municipal a contratar profissionais especializados para compor as Equipes do Programa de Saúde da Família-PSF (odontologia) atuante neste município e da outras providencias.

Em 11 de agosto de 2004, foi inaugurado a Unidade Básica de Saúde Jose Raulino Zimmermann localizada no bairro de Santa Tereza com a segunda equipe de PSF, e em abril de 2007 a inauguração da Unidade Básica de saúde Maria R. Junckes localizado no bairro Sede.

A UBS-unidade Santa Tereza é composta por 01 equipe de Psf, composta por 01 medico clinico geral 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e 04 agente comunitário de saúde, 01 equipe de saúde bucal composta por 01 dentista e 01atendente de consultório dentário – ACD , alem de contar com mais 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 ACD e um auxiliar de serviços gerais, totalizando 13 servidores.

A USB – Centro conta com 01 equipe de saúde da família, composta por 01 medico 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 05 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 01 equipe de saúde bucal, compondo também o quadro de funcionários 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 ACD, 01 técnica em vigilância epidemiológica e 01 auxiliar de serviços gerais. As duas unidades contam ainda com 01 medico ginecologista e 01 medico pediatra.

O Município de São Pedro de Alcântara, esta dividido em duas áreas de atuação do PSF área 01 São Pedro – Sede subdividida em 05 micro áreas e área 02 Santa Teresa subdividida em 04 micro áreas, sendo estas assim divididas:

- Micro área 01 abrange os bairros de Barro Branco, Rio Forquilhas, Invernada e Rocinha totalizando 109 famílias atendidas/cadastradas;
- Micro área 02 atende nos bairros de Santa Filomena Campo de Demonstração e Vila Junckes, com 116 famílias,
- Micro área 03 – Bairros Centro e Vila Junckes – 150 famílias;
- Micro área 04 – Bairros Centro Vila Hoffmann Cubatão e Boa Parada com 117 famílias,

- Micro área 05 – Bairros Alta Varginha, São Sebastião, Rio Matias, Pagara e Cubatão com 110 Famílias.

A abrangência do PSF no município tem uma média de 88% de cobertura, existem algumas peculiaridades para que não abranja 100% de cobertura, entre as quais podemos citar: não aceitação da visita do agente comunitário; moradias de sítio, somente frequentada aos finais de semana; residências fechadas, moradores trabalham fora em período integral.

O horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, assim como do PSF é das 08h00min as 12h00min e das 13h00min as 17h00min, de segunda a sexta feira.

O número de atendimentos / procedimentos tem uma grande variável mensal conforme observamos na tabela abaixo

Tabela 01

<b>Procedimentos</b>	<b>Abril/2009</b>	<b>Setembro/2009</b>
Clinico Geral (Consulta)	Sem clínico	336
Clinico Geral (Visita domiciliar)	Sem clínico	12
Pediatra	Sem pediatra	
Ginecologista	68	27
Enfermeiro (Visita domiciliar / Consulta)	60	333
Auxiliar enfermagem (Visita domiciliar)	76	
Agentes Comunitárias de Saúde (Visita domiciliar)	635	668
Hipertensos cadastrados	307	67
Diabéticos cadastrados	45	15
Gestantes Cadastradas	03	13
Crianças menores 02 anos Visitadas/vacinadas	28	
Nascimentos	03	
Atendimentos odontológicos		55
Preventivos		09
Hospitalizações*	17	

\*Por abuso de álcool 02, fratura de colo de fêmur 01, acidente vascular cerebral 03, outras causa 11.

Fonte Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social São Pedro de Alcântara.

Observa-se que a falta de médicos é frequente no município, esta é uma dificuldade enfrentada por uma grande maioria dos municípios pequenos e de interior. Como São Pedro é um município afastado e de difícil acesso, a rotatividade de médicos é intensa prejudicando assim a efetividade do programa, que preza o atendimento primário, aumentando assim o atendimento nos níveis secundário e terciário, afogando as emergências hospitalares com consultas que deveriam ser realizadas nas unidades básicas de saúde.

Como se observa, não há a inserção efetiva do profissional de serviço social neste contexto, sendo que o município conta apenas com um profissional de serviço social para atender todas as demandas do Município em todos os setores.

No ano de 2008, foi instituído os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui como objetivo primeiro ampliar a abrangência das ações da atenção básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família nas redes de serviços.

Para o serviço social, a implantação da NASF, cria uma oportunidade impar de ampliação de atuação do profissional de serviço social nas equipes de PSF. De acordo com Yamamoto (1998, p. 315), “O serviço social atua como instrumento de esmorecimento e conscientização quanto aos direitos, quanto aos serviços e benefícios proporcionados e que serão utilizados pela população a qual é orientada”.

Todavia, no período de estágio pode-se evidenciar o rico universo que se constitui o PSF/ESF para inserção do profissional de serviço social, considerando seu domínio e sua especificidade para atuação junto às políticas de saúde.

### **3. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

#### **3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.**

A atuação do serviço social na saúde remonta aos anos de 1930-45, articulado com o surgimento da profissão no Brasil, sendo que a participação do assistente social não foi efetiva, nesta área, apesar de algumas escolas terem surgido por demandas neste setor, sendo que a formação profissional também se pautou em algumas disciplinas relacionadas à saúde. (BRAVO, 2007, p.15).

Ainda de acordo com Bravo:

“O Serviço Social emergiu como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social, no sentido de contribuir, para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas, reforçando os mecanismos de dominação”. (Bravo, 2007 p. 16).

Desta forma, a questão social neste período precisava ser enfrentada de forma que o profissional de serviço social deixasse de ser um profissional subalterno, ressaltando a profissão na área da saúde pública no Brasil.

A partir de 1945, a atuação do profissional de serviço social se amplia na área da saúde, após a segunda guerra mundial e principalmente após a elaboração em 1948 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) do novo conceito de saúde enfocando aspectos biopsicosociais, que abrangeu outras profissões, entre elas o serviço social.

O serviço social sofreu profundas transformações no pós-1964, surgindo questionamentos quanto ao seu conservadorismo, recebendo influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, principalmente na assistência médica previdenciária, maior empregador dos profissionais até então.

Entre os anos 60 e 70, o Serviço Social assume uma postura desenvolvimentista, valorizando a modernização, voltando sua atuação para a saúde coletiva, que não era contemplada nos períodos anteriores, sendo que a maioria dos profissionais continuou com sua atuação nas ações curativas.

De acordo com Bravo (1996), foi a partir dos anos 70, com a crise do Welfare State, que se evidenciaram alterações nas políticas de saúde, onde os profissionais de serviço social enfatizaram a necessidade de participar na elaboração das políticas sociais e programas de bem estar social, e não apenas na sua execução, sendo a inclusão de assistentes sociais nessas laborações ainda eram pequenas.

A partir dos anos 80 e 90, conforme Bravo (ibidem), com as grandes mobilizações políticas ocorridas no Brasil e o aprofundamento da crise econômica, houve um movimento na saúde coletiva assim como no serviço social, com ampliação do debate teórico e incorporação de novas temáticas, incluindo a publicação da revista Serviço Social e Sociedade da Editora Cortez.

Outro fator importante foi no ano de 1986 com a VIIIª Conferência Nacional de Saúde que discutiu os rumos da saúde no país.

*“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987, p.382).*

Segundo Bravo (1996), o serviço social recebe influências da crise do Estado brasileiro, da falência da tensão à saúde e da construção da reforma sanitária brasileira, mas por outro lado está passando também por um processo interno de revisão, de negação do tradicionalismo anterior a década de 80, iniciando a articulação do processo de renovação do serviço social no Brasil, incorporando uma postura mais crítica dos processos de trabalho em saúde, como a participação e apresentação nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de propostas de intervenções formuladas pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço social (ABESS), Associação Nacional do Assistente Social (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), com outros conselhos federais da área da saúde.

Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o serviço social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fato que vem contribuir para a ampliação da inserção do assistente social no campo foi à mudança no

processo de gestão da política de saúde, tendo na descentralização político e administrativo a principal estratégia. Com a crescente municipalização da política de saúde, os municípios tiveram que contratar diversos profissionais para garantir a gestão local da política, dentre eles, o assistente social.

Sendo política pública de saúde o setor que historicamente, mais tem absorvido profissionais de serviço social. O Conselho Nacional de Saúde - CNS, através da resolução nº. 218/1997, reconheceu o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior - junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O Conselho Federal de Serviço Social - CEFESS, através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca que um dos principais fundamentos do serviço social é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”(Código de Ética do Serviço Social).

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica.

O Conselho Federal de Serviço social, considera que o profissional que atua na saúde desenvolva suas ações profissionais nas seguintes dimensões que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Sócio-educativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFSS. 2009)

Ainda segundo CFSS, considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundamentais para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

O serviço social atua na saúde, através da compreensão dos aspectos sociais, econômicos, educacionais e culturais que interferem diretamente no processo saúde doença e

na busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões, tendo como principal desafio o de articular com os demais profissionais de saúde em defesa de uma política de saúde plena e igualitária para toda a população.

Neste sentido, os assistentes sociais, no âmbito municipal, vêm assumindo novas funções no setor, como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, distanciando-se das antigas funções rotineiras e burocratizadas.

Os assistentes sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. Desenvolvendo ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais, Atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam à exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de serviço social, qual seja nas contradições presentes no processo de racionalização e organização do Sistema.

É dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e, a cada dia, tem se tornado uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais.

Assim, entendendo que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinada, que o assistente social a defenda como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia através do fortalecimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

### 3.2 DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NAS PRÁTICAS E NO COTIDIANO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Considerando-se que a prática do serviço social é voltada a sociedade em suas principais necessidades sociais, com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais, econômicas, educacionais, de saúde, entre outras. Temos que considerar a formação do assistente social que conseqüentemente poderá formar uma ponte entre a sociedade e seus líderes, desenvolvendo assim uma visão mais clara da realidade e necessidades da população

Com a atual operacionalização do SUS que objetiva a qualidade de vida da população e não a uma política reduzida de controle de doenças, abrindo acesso para a ação do serviço social, propiciando ao assistente social, com seu conhecimento técnico-operativo, teórico metodológico e ético-político, sistematizar ações de planejamento, execução, avaliação, buscando a eficácia na assistência a saúde.

Os assistentes sociais são catalisadores para a mudança e administram esse processo baseando-se em expressões da questão social conforme afirma Yamamoto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social. (IAMAMOTO, 1998, p. 28)

Portanto, segundo essas abordagens, os profissionais do serviço social, precisam estar sensibilizados para as transformações do mundo e abertos a novas práticas e desenvolver novas competências e habilidades, viabilizando direitos para que os usuários tenham cidadania.

“Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente, é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetuar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”. (IAMAMOTO, 1998, p. 20).

Enfim, o assistente social é, acima de tudo, um agente de mudança, capaz de desaprender o que não é útil e apoiar a organização no processo de crescimento. Segundo

Mezomo, estamos na era da excelência ou, pelo menos, de sua busca insistente, mesmo que ainda muitos não tenham acordado para o fato.

“O mundo, definitivamente, já não será como antes. Estamos na era da “economia global” e nossas Organizações já não podem funcionar com base nos velhos paradigmas criados pela era da “indústria de chaminé”. De fato, estamos passando de uma economia baseada em produtos, para uma economia baseada em serviços, que, evidentemente, serão cada dia mais competitivo e exigirão novas habilidades e posturas gerenciais” (MEZOMO, 1993, p. 75).

Desta forma, a participação do serviço social na formulação de novas práticas e saberes, contribuem para a ampliação dos espaços profissionais junto às equipes de saúde da família.

Na atuação em uma equipe de saúde, o assistente social é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, sendo que deverá estar sempre bem informado quanto aos objetivos e normas da equipe, reconhecendo as necessidades dos usuários e disponibilizando os recursos existentes, além de identificar deficiências a serem trabalhadas, atuando nas dimensões sócio-educativas, sócio-assistenciais ou ainda mediando conflitos entre os usuários do sistema e até mesmo dentro da equipe.

O assistente social nos serviços de saúde desenvolve seu trabalho de forma integrada as demais categorias profissionais, atuando no planejamento e na execução de programas e ações da instituição, especialmente em ações de caráter preventivo.

A inclusão do Serviço social nas equipes multidisciplinares do PSF tem se dado de forma gradativa, através de projetos desenvolvidos na formação de assistentes sociais em teses de mestrado e doutorado, como o apresentado por Maria Dalva Horacio Costa, que trata da participação e inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no Sistema Único de Saúde, em Natal, RN. De acordo com a autora, algumas experiências do serviço social nas equipes de PSF,

“... acrescentam às suas atividades o trabalho de assessorar a criação, reestruturação, unificação e legalização de entidades comunitárias com vistas a potencializar a organização e participação através de entidades e movimentos organizados”. (Costa, 1998, p. 34.)

Além deste trabalho de assessoria, a participação do serviço social na ESF abre uma janela para o trabalho com educação continuada em saúde, que consiste em orientações e abordagens, para esclarecer, informar e buscar soluções nos problemas de saúde individuais e coletivos.

A atual conjuntura das políticas de saúde no Brasil exige a atuação de um profissional que esteja sempre pronto para enfrentar e buscar mudanças, que tenha consciência da importância da atitude para a concretização dos objetivos preconizados pelo SUS.

Assim sendo a participação do assistente social em uma equipe de ESF, desenvolvendo atividades de saúde pública que permitam elevar o nível de saúde da população, através da assistência médico-sanitária de caráter preventivo, promocional e curativo, visa um conhecimento da população, acompanhando a evolução e dirigindo sua atenção para o controle dos fenômenos biológicos, mentais e sociais que nela ocorram.

Nesta perspectiva, os programas de saúde pública implicam conseqüentemente, em se adotar um trabalho em equipe multiprofissional, pelo quais os elementos profissionais, atuando em grupo, realizaram tarefas específicas com um objetivo comum. Colaborando com a equipe na maior compreensão das situações individuais e coletivas, que possam vir a influir na situação saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que saúde não é apenas mera ausência de doença, mas sim um completo bem estar físico mental e social, sendo assim, o profissional de serviço social, com sua compreensão da importância dos fatores sociais como determinante nos processos de saúde-doença, tornou-se um profissional com capacitação técnica operativa e teórica metodológica, que reconhece diferentes saberes, transita em diferentes áreas do conhecimento, transpondo barreiras e criando novas formas de resolução dos velhos problemas, em vista que a saúde é política social pública.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção sócio educativa através da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades.

Com a inserção do assistente social na equipe multiprofissional do PSF, amplia-se o olhar para um trabalho interdisciplinar com um profissional qualificado para contribuir com a saúde do corpo social, uma vez que a sociedade também está doente da falta de direitos, das

injustiças, das desigualdades, da fome, da violência, da falta de conscientização, enfim, da exclusão social.

### 3.3. CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA: A DIMENSÃO SÓCIA EDUCATIVA DO SERVIÇO SOCIAL.

A inserção do serviço social no contexto da saúde apresenta inúmeras possibilidades e desafios. No PSF/ESF parte desse desafio é situar a competência profissional como agente estratégico a consolidação das práticas sócio educativas fundamentais ao processo de prevenção e atenção básica em saúde, assim como no âmbito sócio-assistencial se faz essencial à divulgação do acesso a direitos que consolidem a integralidade e intersetorialidade entre as políticas.

Durante o período de observação do exercício da prática profissional, notou-se a necessidade de uma reflexão sobre as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família e as dificuldades do trabalho efetivo, possibilitando desta forma a ampliação do atendimento aos usuários do sistema básico de saúde.

Com o desenvolvimento do estágio curricular realizado na Unidade de Saúde Maria R. Junckes no bairro Sede do Município de São Pedro de Alcântara, foi então onde se percebeu a necessidade de capacitar os agentes comunitários de saúde para o trabalho em comunidade, sendo que os mesmos são o elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Muitas vezes são solicitados para além das questões de saúde na comunidade, ou nas famílias que visitam, mas também em situações sociais, tornando-se agentes de cidadania, porém sem estarem devidamente capacitados para responder as demandas e necessidades.

Considerando-se estes aspectos a acadêmica instituiu sua prática de estágio, inicialmente constituindo o diagnóstico sócio institucional, o qual foi formulado por meio de observação, acompanhamento das atividades desenvolvidas pela supervisora de campo e pesquisa documental na instituição.

Através destas observações, a acadêmica pode identificar o assistente social como um profissional atuante nas dimensões sócio-educativas, sócio-assistenciais ou mediadoras de

situações, em problemas compartilhadas com os usuários e com os profissionais que compõem a rede de atendimento a demanda do Sistema Único de Saúde. Para Sarmiento:

“É justamente” neste espaço contraditório e seletivo de espoliação da força de trabalho e exclusão social que os trabalhadores recorrem à assistência social através dos plantões sociais, espaços que acabam por tornarem-se verdadeiros centros de triagem e encaminhamentos de demandas para garantia de suas necessidades. (SARMENTO, 2002, p.120).

Desta forma, o resultado da análise das observações obtidas, a compreensão de que a prioridade de intervenção da acadêmica seria focada a capacitação das agentes comunitárias de saúde. De acordo com Vasconcelos:

Ao democratizar as informações e possibilitar o exercício de praticas democráticas, os assistentes sociais podem contribuir na apropriação, pelos usuários, de categorias de análise do patrimônio intelectual, para que possam, na medida do possível, se colocar criticamente frente ao seu cotidiano e participar da luta política na defesa de seus interesses. (Vasconcelos, 1997, p.267).

Neste processo, para maior interação entre o serviço social, os agentes de saúde e reconhecimento da demanda, foi instituído o procedimento de caracterização desta última, o qual objetivava levantar maiores informações sobre o universo com o qual se atuaria.

A investigação foi realizada pelos agentes comunitárias de saúde por meio de formulários (anexo), sendo que cada agente de saúde entrevistou cinco pessoas de sua área de atuação, totalizando 25 pessoas pesquisadas, cujos dados coletados assim se evidenciam:

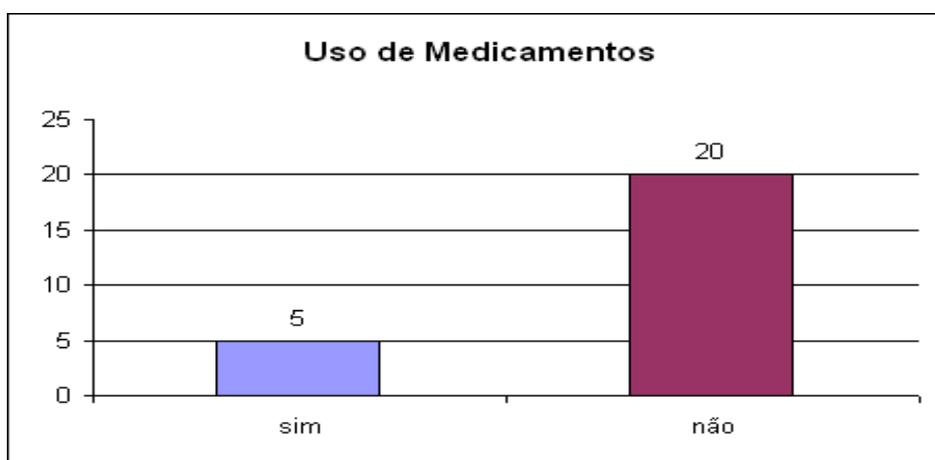


Gráfico 1: Distribuição de uso de medicamentos contínuos.

Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

Observamos que dos entrevistados 20 pessoas não utilizam medicamentos de uso contínuo.

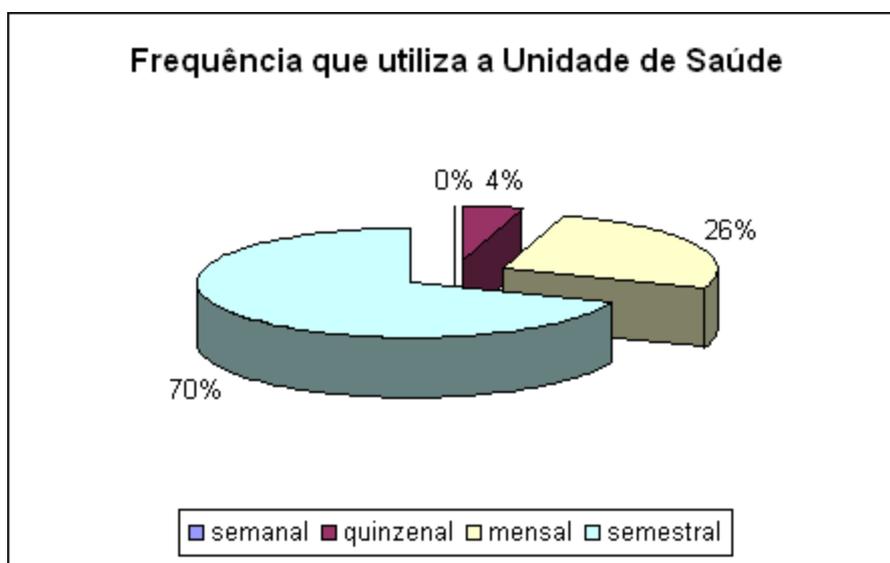


Gráfico 02: Mostra a frequência em que a população utiliza a unidade básica de saúde.  
Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

No gráfico acima, pode-se observar que 70 % dos moradores do município utilizam a unidade básica de saúde uma vez a cada seis meses, 26 % utilizam mensalmente e apenas 4% utilizam a unidade básica semanalmente.

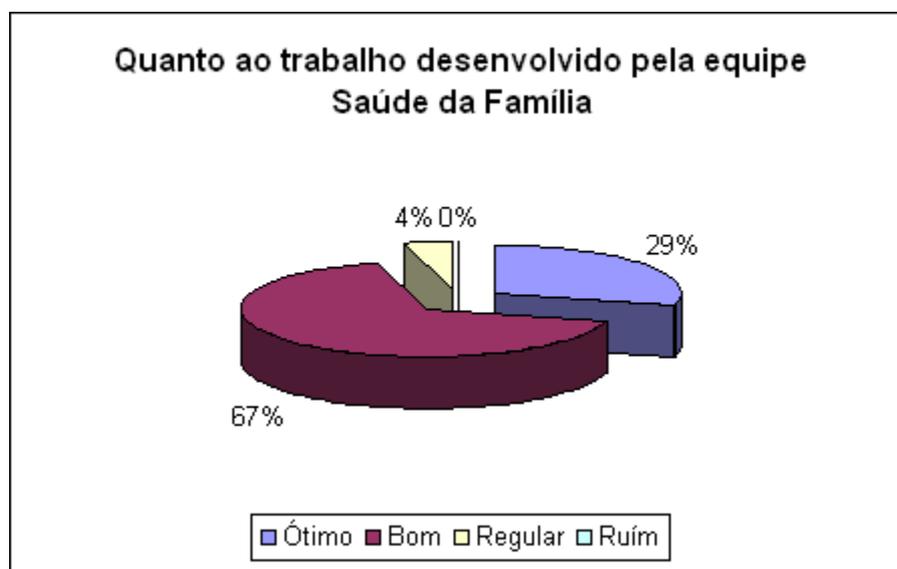


Gráfico 03: Análise do trabalho desenvolvido pela equipe do PSF,  
Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

No gráfico de número 03, o índice de usuários que considera o atendimento da equipe do PSF ótimo é de 29%, bom 67%, 4% considera o atendimento regular e nenhum entrevistado considera ruim.

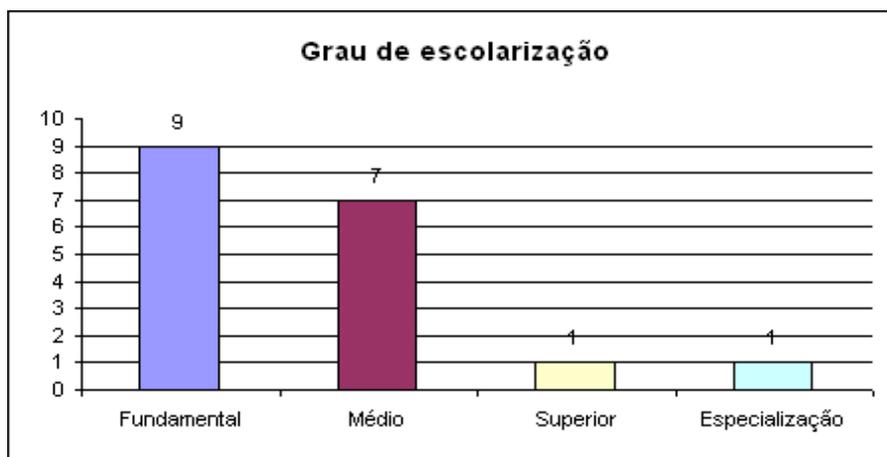


Gráfico 04: Grau de escolaridade

Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

Observa-se no gráfico acima que dos entrevistados, 09 pessoas possuem o ensino fundamental, 07 cursaram o ensino médio, 04 possuem ensino de nível superior e 01 possui especialização.

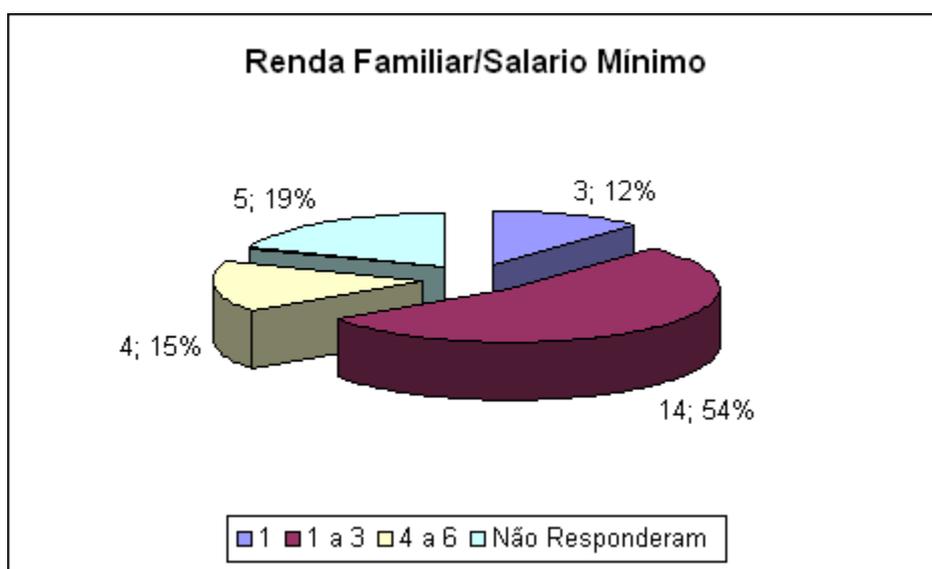


Gráfico 05: Renda familiar

Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

Neste gráfico, tem-se a renda familiar, sendo que 14,54% tem renda familiar de 01 a 03 salários mínimos, 5,19% não responderam, 4,15% possuem renda de 04 a 06 salários mínimos e 3,12% possuem renda igual ou inferior a um salário mínimo.

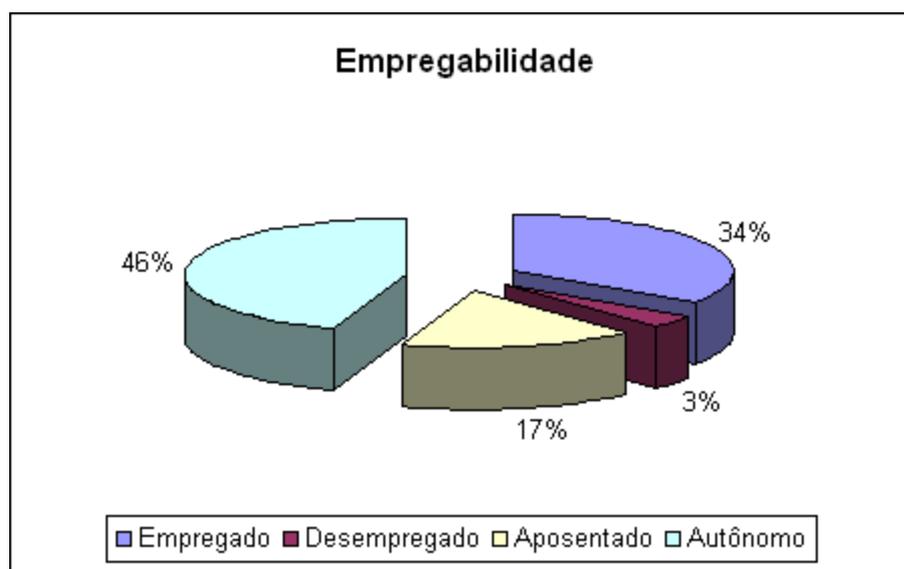


Gráfico 6: Mostra os níveis de emprego no município.  
Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

No gráfico de número 06 observa-se que 46% dos entrevistados são autônomos, 34% são empregados com carteira assinada, 17% são aposentados e 3% estão desempregados.

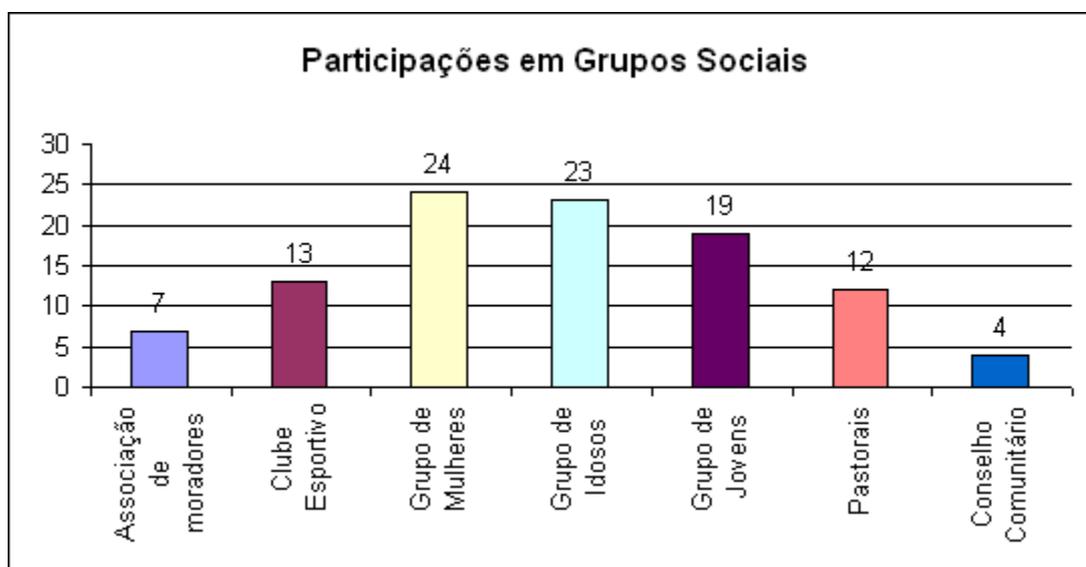


Gráfico 07: mostra os níveis de participação em grupos comunitários.  
Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2008.

O gráfico mostra que dos entrevistados, 7 pessoas participam de associação de moradores, 13 participam de grupos esportivos, 24 fazem parte do grupo de mulheres, 19 de grupo de jovens, 12 participam de pastorais e 4 fazem parte de conselhos comunitários.

Considerando esses aspectos, e a observação participante que se estabeleceu com as agentes comunitárias de saúde, foi estruturado o projeto de intervenção.

De acordo com a definição de Raichelis:

“O projeto é o instrumento mais utilizado pelos assistentes sociais em sua prática, pois inúmeras vezes o processo de planejamento está implícito no cotidiano institucional, sem uma expressão formal, que pode ser o plano ou o programa”. Deve-se recordar que o projeto concretiza as decisões, sinaliza para ações que operacionalizam as intenções e objetivos contidos nos planos e programas. Por essa razão se pode afirmar que o projeto concretiza o planejamento”, (RAICHELIS, 1998, p.19).

Desta forma, as reflexões produzidas acerca das demandas que se apresentam no cotidiano da unidade básica de saúde e a participação da acadêmica nas reuniões de equipe do PSF, teve como resultado o projeto de intervenção desenvolvido durante a realização do estágio curricular.

O projeto foi fruto de uma demanda identificada pelo estagiário de serviço social, na Prefeitura Municipal de São Pedro de Alcântara, onde percebeu a necessidade da inclusão do profissional de serviço social na equipe multiprofissional do PSF, com especial atenção a capacitação e qualificação dos agentes comunitários de saúde, e levantamento das demandas para o serviço social dentro de uma unidade básica de saúde.

Para tanto, realizou-se um levantamento das áreas com maiores dificuldades encontradas pelos agentes comunitários de saúde, onde chegou-se a conclusão que a maior necessidade de atuação do serviço social, encontra-se na comunidade Sede do referido município, por conter micro áreas urbanas e rurais, atendidas pela unidade de saúde.

O referido projeto de intervenção, teve como objetivo geral : avaliar a importância do profissional de serviço social na equipe multiprofissional do PSF da unidade de saúde Maria R. Junckes, município de |São Pedro de Alcântara e como objetivos específicos:

E como objetivos específicos:

- Identificar os principais problemas que afetam a saúde das famílias/usuários;
- Conhecer as condições sociais dos usuários, identificando os grupos mais vulneráveis;
- Orientar e encaminhar famílias/usuários para recursos sociais e benefícios sociais;
- Planejar e desenvolver capacitações continuadas para agentes comunitários de saúde;
- Realizar visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários de saúde.

A metodologia utilizada foi à participação da acadêmica nas reuniões de equipe, encontros com as agentes para levantamento das demandas e principais dificuldades por elas

encontradas no cotidiano de suas atividades e a elaboração e oficinas e palestras com as agentes sobre temas delimitados por elas.

As principais dificuldades levantadas pelas agentes com relação ao trabalho diário foram a distância que percorrem os problemas com relação aos demais membros da equipe e a falta de conhecimentos técnicos para lidar com as demandas que se apresentam no cotidiano e a deficiência de informações sobre políticas públicas.

Durante a intervenção foram realizadas palestras e oficinas com as agentes comunitárias de saúde, com temas relacionados as políticas de direito, como o SUS, Conselhos de Direitos, instigando a participação dos agentes nestes conselhos para uma melhor representação da comunidade, estas palestras foram administradas pela própria acadêmica.

Durante um segundo momento, foi realizado uma oficina com a participação de uma assistente social e psicóloga Maria de Lurdes Basto, na qual tratou do reconhecimento do agente comunitário, com suas demandas pessoais, como trabalhar as dificuldades encontradas no seu cotidiano e importância do agente comunitário de saúde dentro da equipe de saúde da família.

As contribuições do serviço social na capacitação e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde para que desenvolvam o trabalho comunitário traz concretude e visibilidade à profissão, e um melhor preparo técnico no atendimento primário as demandas dos usuários.

Além disso, a participação do assistente social no planejamento das ações desenvolvidas na equipe do PSF permitirá ampliar a efetividade dos princípios preconizados pelo SUS, garantindo assim o direito dos usuários de ter atendimento qualificado na saúde articulado com o social.

A ausência de um profissional de serviço Social junto ao Programa Saúde da Família dificulta a visibilidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Diante do exposto, podemos afirmar que a inclusão do profissional de serviço social compondo a equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família, contribuirá para um maior diálogo entre os diversos atores que compõe a rede de atenção a saúde no Município de São Pedro de Alcântara.

#### 4. CONCLUSÃO

A realização de um estudo voltado para a inclusão do profissional de serviço social na equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família, trouxe a possibilidade de ampliação do olhar desta equipe sobre suas próprias demandas internas e que interferem diretamente no processo de atuação junto à população.

A atuação das Equipes de Saúde da Família e em especial dos agentes comunitárias de saúde, os quais foram objetos centrais deste estudo, ainda diz respeito a repetição do modelo médico - curativo, denotando que estes profissionais ainda não estão construindo a educação e a promoção em saúde, como a forma concebida nas diretrizes do Programa de Saúde da Família.

Uma avaliação mais profunda mostra que os agentes comunitário de saúde, não são considerados como profissionais que participam ativamente dentro desta nova estratégia em saúde. Os agente comunitário de saúde não possuem preparo técnico operativo, nem teóricos para identificar as enfermidades que vão além das enfermidades corporais, desconsiderando o contexto familiar e social. Para haver uma efetiva mudança do atendimento em saúde, acredito ser necessária a integração dos seguintes componentes: a articulação e participação política, o comprometimento e a co-responsabilização entre os gestores públicos, dos profissionais envolvidos e da população, articulada na efetivação de seus direitos, preconizados pela Constituição Federal de 1988.

Ao considerar as demandas de qualificação das agentes comunitárias de saúde, o serviço social se insere no processo multiprofissional e interdisciplinar consolidando sua dimensão investigativa e sócio-educativa, capaz de antever demandas e responder a elas de modo articulado e cooperado com os sujeitos que se inserem neste universo. Atuar diretamente sobre a qualificação profissional destas agentes, em ultima instancia, representa melhor qualificar a política de direitos e seus serviços, sendo este um direito fundamental da população. Ainda neste âmbito, os próprios profissionais são trabalhadores de direitos, para os quais esta política deve se voltar e considerar suas necessidades mediando-as.

A indissociabilidade entre a atuação das agentes comunitárias e afetividade e eficácia do PSF, destaca a necessidade de um olhar apurado e permanente sobre estes profissionais sob risco de não se considerar aspectos que podem dinamizados para que estes melhor desempenhem suas atribuições, considerando-se as limitações estruturais deste sistema.

Considera-se este um processo a ser instituído junto ao programa, que não deve se encerrar em uma ação pontual, mas, a partir dela, progredir em demandas continuamente investigadas, compreendidas e mediadas.

Desta forma como diria Fernando Pessoa:

*Tantas vezes pensamos ter chegado.*  
*Tantas vezes é preciso ir além.*  
(Fernando Pessoa)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre, 2003.

ÂNGELO, Margareth e BOUSSO, Regina Szykit. **Fundamentos da Assistência à Família em Saúde**. Em: BRASIL. Manual de Enfermagem/ **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

BORBA, Julian. **Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro**. Em: Revista Katálysis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**, Rio de Janeiro Cortez 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso diverso.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília, D.F: Senado Federal, 1988.

CODIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS. CFESS.; CUNHA, João Paulo P. da e CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: 1994

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade. In: Cartilha CRESS - Conselho Regional de Serviço Social. 12ª Região, Florianópolis, 2005.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. – São Paulo: Cortez, 1998.

JOCHEM, Toni. 180 Anos de Presença da Etnia Alemã São Pedro de Alcântara. Santa Catarina, 2009.

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei orgânica do Município de São Pedro de Alcântara.

MENDES, Eugênio Villaça. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996

MEZOMO, João Catarina. A busca da qualidade. Revista Universidade; São Paulo, IBRAQS; 1993.

MOTA, ANA ELIZABETE, Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional, ed. 2ª. São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, Andréia. Participação Popular nos Conselhos Populares de Saúde no município de Criciúma - SC. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro e Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RAICHELIS, Raquel. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986.

SARMENTO. Héider Boska de Moraes. Katálisis: Florianópolis: UFSC, 2002.

TAKAHASHI, Renata F. & OLIVEIRA, Maria A. de C. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família Em: BRASIL. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2000.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Roteiro da Entrevista

Nome do A.C.S. ....

Micro Área .....

Comunidade .....

#### **1. Dados de identificação**

Nome:

Idade:

#### **2. Grau de escolaridade do entrevistado**

Ensino fundamental completo

Ensino fundamental incompleto

Ensino médio completo

Ensino médio incompleto

Ensino superior completo

Ensino superior incompleto

Pós-graduação

#### **3. Renda familiar**

Menos de 1 S.M

De 1 a 3 S.M

De 4 a 6 S.M

De 7 a 9 S.M

Acima de 9 S.M

Sem resposta

#### **4. Situação de trabalho**

Empregado                       Pensionista

Desempregado                   Autônomo

aposentado

#### **5. Caracterização da comunidade**

#### **6. Saúde comunitária**

**7. Você ou alguém de sua família tem algum problema crônico de saúde? Faz uso de medicamentos?**

( ) Sim

( ) Não

Quais?

**8. Você utiliza a Unidade Básica de Saúde?**

( ) Sim

( ) Não

**9. Com que frequência utiliza a Unidade Básica de Saúde?**

( ) De 1 a 2 vezes por semana

( ) De 3 a 4 vezes por semana

( ) Uma vez por mês

( ) Mais de uma vez por mês

( ) Uma vez a cada seis meses

**10. Qual sua opinião quanto ao trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família?**

( ) Ótimo

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

**11. Educação**

**12. Existe alguma criança em idade escolar que se encontra fora da escola?**

( ) Sim

( ) Não

**13. Em caso afirmativo, indique o motivo:**

14. Caracterização Sócio - Política e Administrativa

**15. Na sua comunidade existe algum tipo de organização comunitária?**

( ) Sim

( ) Não

**16. Em caso afirmativo indique quais as que você conhece**

( ) Associação de moradores

( ) Conselho comunitário

( ) Clubes recreativos

( ) Clubes esportivos

( ) Grupo de mulheres

Grupo de idosos

Pastorais

Grupo de jovens

17. Você participa de alguma?

Sim

Não

**18. Indique qual (is)**

Associação de moradores

Conselho comunitário

Clubes recreativos

Clubes esportivos

Grupo de mulheres

Grupo de idosos

Pastorais

Grupo de jovens

**19. Na sua opinião quais os problemas mais graves de sua comunidade?**

Obs – Esta pesquisa será utilizada para a elaboração do trabalho de conclusão de curso em Serviço Social, não serão utilizados nomes.