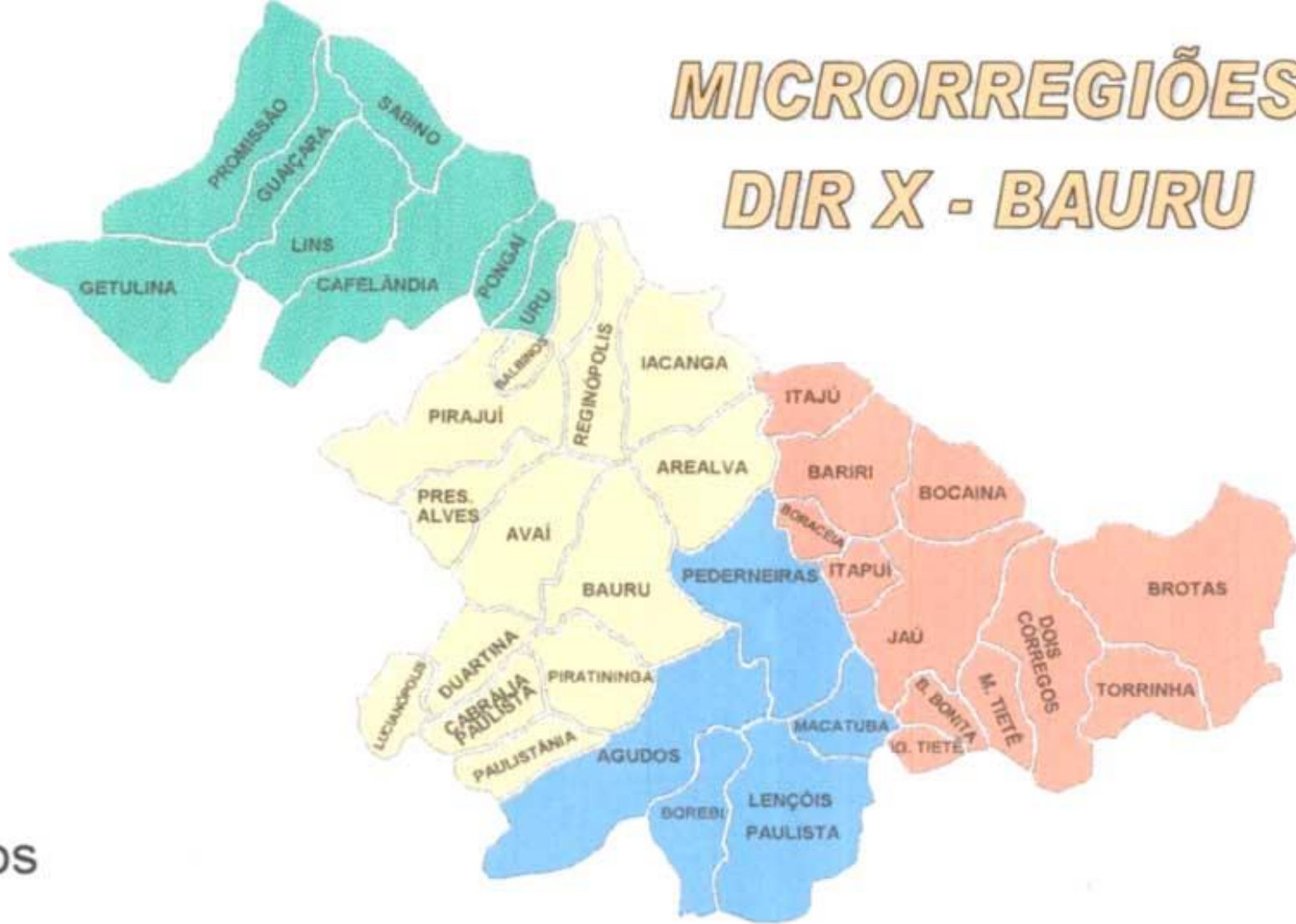


Políticas Sociais em Saúde Pública



MICRORREGIÕES

DIR X - BAURU



38 Municípios

4 Microrregiões

- 13 — Bauru
- 12 — Jaú
- 05 — Lençóis Paulista
- 08 — Lins

A POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

ENFOQUE À SAÚDE

➤ AS POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS SÃO LINHAS OU ESTRATÉGIAS DE AÇÃO COLETIVA, DO ESTADO E DA SOCIEDADE DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE, PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA. COMO TAIS DIREITOS SÃO ABSTRATOS, ELAS ATUAM COMO MEDIADORAS NA CONCRETIZAÇÃO DE TAIS DIREITOS (LIMA, 1996)

➤ A SEGURIDADE SOCIAL COMPREENDE UM CONJUNTO INTEGRADO DE AÇÕES DE INICIATIVA DOS PODERES PÚBLICOS E DA SOCIEDADE, DESTINADOS A ASSEGURAR OS DIREITOS RELATIVOS À SAÚDE, À PREVIDÊNCIA E À ASSISTÊNCIA SOCIAL (ART.194- BRASIL, 1988).

CAMINHOS E DESCAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (SEMIONATO, 1997).

- DÉCADA DE 20/30
- DÉCADA DE 60
- DÉCADA DE 70/80

**•NOVAS RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE
(DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE,
DESORGANIZAÇÃO DA REDE, BAIXA
RESOLUTIVIDADE E PRODUTIVIDADE DOS
RECURSOS, CENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO
DECISÓRIO, CRISE ECONÔMICA) PRESSÃO POR
POLÍTICAS SOCIAIS EQUITATIVOS!**

**•CONSTITUIÇÃO DE 1988 – PRINCÍPIOS DE
UNIVERSALIDADE, EQÜIDADE, UNIFORMIDADE E
EQUIVALÊNCIA, IRREDUTIBILIDADE DOS
VALORES DOS BENEFÍCIOS, GESTÃO
DEMOCRÁTICA DESCENTRALIZADA E
PARTICIPATIVA.**

**•SEGURIDADE SOCIAL (SAÚDE, ASSISTÊNCIA E
PREVIDÊNCIA) COMO QUESTÃO PÚBLICA.**

A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, GARANTIDO MEDIANTE POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS QUE VISAM A REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇA E DE OUTROS AGRAVOS E AO ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PARA SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO (ART.196 – BRASIL, 1988).

A SAÚDE SOFRE TRANSFORMAÇÕES SIGNIFICATIVAS PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988 (SIIONATO, 1997)

- ALTERAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE COMO UM PROCESSO DE CONVERGÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS.
- A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E DEVER DO ESTADO (UNIVERSALIDADE)
- A ESTRATÉGIA DO SUS COMO UM PROFUNDO REORDENAMENTO SETORIAL (SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA)
- A CONSTITUIÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.
- A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA AS ESFERAS ESTADUAL E MUNICIPAL.
- A DEMOCRATIZAÇÃO DO PODER SOCIAL (CONSELHO DE SAÚDE).

NOVAS DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL (PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA)

- DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA DA POPULAÇÃO, RESGATANDO-SE A DIMENSÃO EDUCATIVA, TENDO COMO PARÂMETRO A SAÚDE ENQUANTO DIREITO (CIDADANIA).
- REALIZAÇÃO DE ESTUDOS QUE REVELEM O COTIDIANO DA POPULAÇÃO (RELAÇÕES, NECESSIDADES, DEMANDAS).
- REFORÇAR A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ACESSO À SAÚDE (ENTRADA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NA GESTÃO E CONTROLE SOCIAL)
- RECONHECER E FORTALECER OS MICROESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL INDIVIDUAL E COLETIVA NO SISTEMA DE SAÚDE (GESTÕES PARTICIPATIVAS, SUJEITOS SOCIAIS COLETIVOS).

- ENFATIZAR A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE CONSELHO DE SAÚDE E OUTRAS FORMAS DE GESTÃO POPULAR E SINDICAL.
- RESGATAR O PAPEL POLÍTICO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (APROVAÇÃO, APLICAÇÃO E EXECUÇÃO DE PLANO E ORÇAMENTO)
- DESENVOLVER UM TRABALHO DE CAPACITAÇÃO POLÍTICA-TÉCNICA DOS CONSELHEIROS.
- DEMOCRATIZAR A INFORMAÇÃO APOIANDO A CRIAÇÃO DE SISTEMAS DE ACESSO A DETERMINADOS SERVIÇOS.
- NOVA ÓTICA DE PENSAR O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SEGURIDADE (GARANTIR E AMPLIAR DIREITOS) (SIMIONATO, 1997)

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 80 (MENDES, 1994)

- A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986) TEVE COMO ÁPICE O PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA QUE ORIGINOU O SUS
- ASPECTOS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA
 - ❖ CONCEITO ABRANGENTE DE SAÚDE: “A SAÚDE É RESULTANTE DAS CONDIÇÕES DE ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, EDUCAÇÃO, RENDA, MEIO AMBIENTE, TRABALHO, TRANSPORTE, EMPREGO, LAZER, LIBERDADE, ACESSO E POSSE DA TERRA E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE.
 - ❖ TRANSIÇÃO DE UMA CIDADANIA REGULADA PARA CIDADANIA PLENA: “A SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E DEVER DO ESTADO”.
 - ❖ REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE COMO A INSTITUIÇÃO DO SUS COM PRINCÍPIOS: UNIVERSALIDADE, A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES, A DESCENTRALIZAÇÃO COM MANDO ÚNICO EM CADA INSTÂNCIA FEDERATIVA E A PARTICIPAÇÃO POPULAR.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (LEIS 8080/90 E 8142/90 – BRASIL, 1990

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LOS)

• LEI 8080 DE 19/09/90 DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS (BRASIL, 1990).

“A SAÚDE TEM COMO FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES, ENTRE AMBOS, A ALIMENTAÇÃO, A MORADIA, O SANEAMENTO BÁSICO, O MEIO AMBIENTE, O TRABALHO, A RENDA, A EDUCAÇÃO, O TRANSPORTE, O LAZER E O ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS, OS NÍVEIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EXPRESSAM A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA DO PAÍS” (BRASIL, 1990).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – CONSTITUI-SE DO CONJUNTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, PRESTADOS POR ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES PÚBLICAS FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS, DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA E DAS FUNDAÇÕES MANTIDAS PELO PODER PÚBLICO.

OBJETIVOS DOS SUS:

- A IDENTIFICAÇÃO E A DIVULGAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES NA SAÚDE.
- A FORMAÇÃO E EXECUÇÃO DE POLÍTICAS ECONÔMICAS E SOCIAIS QUE VISEM A REDUÇÃO DE RISCOS DE DOENÇAS E DE OUTROS AGRAVOS E NO ESTABELECIMENTO DE CONDIÇÕES QUE ASSEGUREM ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS PARA PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO.
- ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS POR INTERMÉDIO DE AÇÕES PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, COM A REALIZAÇÃO INTEGRADA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS E DAS ATIVIDADES PREVENTIVAS (BRASIL, 1990,ART.5°).

PRINCÍPIOS E DIREITOS DO SUS – 8080/1990

AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E OS SERVIÇOS PRIVADOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS QUE INTEGRAM O SUS OBEDECEM OS SEGUINTE PRINCÍPIOS:

I- UNIVERSALIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA.

II- INTEGRALIDADE DE ASSISTÊNCIA, ENTENDIDA COMO CONJUNTO ARTICULADO E CONTÍNUO DE AÇÕES E SERVIÇOS PREVENTIVOS E CURATIVOS, INDIVIDUAIS E COLETIVOS, EXIGIDOS PARA CADA CASO EM TODOS OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA.

III- PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA DAS PESSOAS DA DEFESA DE SUA INTEGRIDADE FÍSICA E MORAL.

I- IGUALDADE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, SEM PRECONCEITOS OU PRIVILÉGIOS DE QUALQUER ESPÉCIE.

II- DIREITO À INFORMAÇÃO, ÀS PESSOAS ASSISTIDAS, SOBRE SUA SAÚDE.

III- DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUANTO AO POTENCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SUA UTILIZAÇÃO PELO USUÁRIO.

IV- UTILIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES, A ALOCAÇÃO DE RECURSOS E A ORIENTAÇÃO PROGRAMÁTICA.

V- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

I- DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA,
COM DIREÇÃO ÚNICA EM CADA ESFERA DE
GOVERNO:

A) ENFÂSE NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS PARA O MUNICÍPIO;

B) REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DA
REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

X - INTEGRAÇÃO EM NÍVEL EXECUTIVO DAS AÇÕES DE SAÚDE, MEIO AMBIENTE E SANEAMENTO BÁSICO.

X-CONJUNÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS, TECNOLÓGICOS, MATERIAIS E HUMANOS DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO.

XI-CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS SERVIÇOS EM TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA
E

XII-ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS DE MODO A EVITAR DUPLICIDADE DE MEIOS E FINS IDÊNTICOS. (BRASIL, 1990)

LEI 8142 DE 28/12/1990

DISPÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS E SOBRE AS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE RECURSOS FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS:

- **CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE,**
- **FORMA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE,**
- **A REGULARIDADE E AUTOMATISMO DOS REPASSES FEDERAIS A ESTADOS E MUNICÍPIOS E AS CONDIÇÕES PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS RECEBEREM RECURSOS FEDERAIS (FUNDO DE SAÚDE, CONSELHO DE SAÚDE, PLANO DE SAÚDE, RELATÓRIOS DE GESTÃO, CONTRAPARTIDA DE RECURSOS E PLANOS DE CARGOS E SALÁRIOS).**
(BRASIL, 1990).

O SUS E AS INSTÂNCIAS COLEGIADAS (8142/1990)

- CONFERÊNCIA DE SAÚDE (4 ANOS , REPRESENTAÇÃO DE VÁRIOS SEGMENTOS SOCIAIS);
- AVALIAR A SITUAÇÃO DE SAÚDE E PROPOR DIRETRIZES PARA A REFORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE;
- CONSELHO DE SAÚDE (PERMANENTE E DELIBERATIVO – ORGÃO COLEGIADO):

- REPRESENTANTES DO GOVERNO
- PRESTADORES DE SERVIÇOS
- PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS
- SITUAR NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO

CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.
(BRASIL, 1990)

MODELO DE REDE DO SUS: ASSISTÊNCIA INTEGRAL

SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

EM GERAL PRESTADOS PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) OU PELOS POSTOS DE SAÚDE:

- CONSULTAS SIMPLES (CLÍNICA GERAL, PEDIATRIA GINECOLOGIA E SAÚDE BUCAL);
- SERVIÇOS DE ENFERMAGEM, ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, VACINAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA;
- OUTRAS ATIVIDADES CLÍNICAS (OFTALMOLOGIA E PSQUIATRIA)
- PROGRAMAS PREVENTIVOS
- ALGUMAS UNIDADES CONTAM COM PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL
- SÃO AS “PORTAS DE ENTRADA” DO SISTEMA DE SAÚDE.

SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

CONSTITUÍDOS PELOS AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES E PELOS HOSPITAIS DE BAIXA COMPLEXIDADE E RESOLUTIVIDADE, CAPAZES DE REALIZAR PARTOS, INTERNAÇÕES CLÍNICAS QUE EXIJAM MENOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS E CIRURGIAS SIMPLES. SÃO O MAIOR APOIO PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

SERVIÇOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIA

CONSTITUÍDOS PELOS HOSPITAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE E RESOLUTIVIDADE DA REGIÃO OU DO ESTADO.

SERVIÇOS DE ATENÇÃO QUATERNÁRIA

HOSPITAIS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS E COM ALTO NÍVEL TECNOLÓGICO E QUE, EM GERAL, SÃO INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA. POSSUEM EQUIPAMENTO DE PONTA E PESSOAL TECNICAMENTE QUALIFICADO PARA TRATAMENTOS INTENSIVOS. NORMALMENTE ENVOLVEM HOPITALIZAÇÃO E ATENDIMENTO DE PROFISSIONAIS PÓS-GRADUADOS.

CONDIÇÕES DE GESTÕES

ESTADOS: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL
GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

MINICÍPIOS: GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

CONDIÇÃO DE GESTÃO DOS MINICÍPIOS:

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA

- ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL BÁSICA (PAB)
- AÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (P BUS)
- AÇÕES BÁSICAS DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO:

- GESTOR DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, ALTO CUSTO, COMPLEXIDADE ENTRE OUTROS.

GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

MINÍCIPIO: GESTÃO DE TODAS AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO.

ESTADO: GARANTE REFERÊNCIA VIA PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA; COORDENA POLÍTICA DE ALTO CUSTO, COMPLEXIDADE ENTRE OUTROS (SCOTTI, 2001).

DESAFIOS DA PRÁTICA:

O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA
DA SAÚDE

CONCEITO DE SERVIÇO SOCIAL:

É UMA PROFISSÃO QUE TEM POR ATRAENTE EMPREENDER UMA PRÁTICA SOCIAL EDUCATIVA, POLITICA DE ENFRENTAMENTO DA “QUESTÃO SOCIAL”, PRINCIPALMENTE NO QUE TANGE AS INTERFACES POBREZA/RIQUEZA, E AS RECORRÊNCIAS DO PROGRESSIVO EMPOBRECIMENTO DA POPULAÇÃO.”(RODRIGUES, 1995, PG 152)

NA ÁREA DA SAÚDE:

É UMA DIRETORIA, SETOR OU SEÇÃO QUE NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DA SAÚDE, SE PROPÕE A ATUAR JUNTO A PACIENTES, CUJAS RELAÇÕES SOCIAIS ESTEJAM INTERFERINDO NA SUA SAÚDE, ORIENTANDO-OS E COLABORANDO PARA SUA EFETIVA PARTICIPAÇÃO, ALÉM DE EFETUAR TRABALHO DE PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA. CONCOMITANTEMENTE PROPÕE-SE À INVESTIGAÇÃO DAS RELAÇÕES PSICO-SOCIAIS, ECONÔMICAS, GEOGRÁFICAS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS, OFERECENDO SUBSÍDIOS NÃO SÓ À EQUIPE DE SAÚDE, MAS TAMBÉM A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO.

DIMENSÕES DA PRÁTICA

POLÍTICA: O ASSISTENTE SOCIAL VIABILIZA A GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS ACIONANDO E CRIANDO FLUXOS DE INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO CONTÍNUOS.

EDUCATIVOS: O ASSISTENTE SOCIAL É O AGENTE DE SOCIALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS E PROPULSOR DE PRÁTICAS EDUCATIVAS.

ASSISTENCIAL: O ASSISTENTE SOCIAL ACIONA, ARTICULA E OTIMIZA O USO DOS RECURSOS COMUNITÁRIOS E INSTITUCIONAIS DISPONÍVEIS, VISANDO O ENFRENTAMENTO DAS QUESTÕES SOCIAIS.

QUESTÃO SOCIAL:

QUESTÕES SOCIAIS APREENDIDAS ENQUANTO O CONJUNTO DAS EXPRESSÕES DAS DESIGUALDADES DA SOCIEDADE CAPITALISTA MADURA, QUIE TEM UMA RAZÃO COMUM: A PRODUÇÃO SOCIAL É CADA VEZ MAIS COLETIVA, O TRABALHO TORNA-SE MAIS AMPLAMENTE SOCIAL, ENQUANTO A APROPRIAÇÃO DOS SEUS FRUTOS MANTÉM-SE PRIVADA, MONOPOLIZADA POR UMA PARTE DA SOCIEDADE.”(IAMAMOTO,1998, PG13)

PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL

**(LEI DE REGULAMENTAÇÃO
DA PROFISSÃO – BRASIL, 1993)**

CONSTITUEM COMPETÊNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL:

- ELABORAR, IMPLEMENTAR, EXECUTAR E AVALIAR POLÍTICAS SOCIAIS JUNTO ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA: EMPRESAS, ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES POPULARES,**
- ELABORAR, COORDENAR, EXECUTAR E AVALIAR PLANOS, PROGRAMAS E PROJETOS DO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL, COM PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL,**
- ENCAMINHAR PROVIDÊNCIAS E PRESTAR ORIENTAÇÃO SOCIAL A INDIVÍDUOS, GRUPOS E À POPULAÇÃO,**
- ORIENTAR INDIVÍDUOS E GRUPOS DE DIFERENTES SEGMENTOS SOCIAIS NO SENTIDO DE IDENTIFICAR RECURSOS E DE FAZER USO DOS MESMOS NO ATENDIMENTO E NA DEFESA DE SEUS DIREITOS,**

•PLANEJAR, ORGANIZAR E ADMINISTRAR BENEFÍCIOS E SERVIÇOS SOCIAIS,

PLANEJAR, EXECUTAR E AVALIAR PESQUISAS QUE POSSAM CONTRIBUIR PARA A ANÁLISE DA REALIDADE SOCIAL E PARA SUBSIDIAR AÇÕES PROFISSIONAIS,

•PRESTAR ASSESSORIA E CONSULTORIA A ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA E INDIRETA, EMPRESAS PRIVADAS E OUTRAS ENTIDADES, COM RELAÇÃO ÀS MATÉRIAS RELACIONADAS AO SERVIÇO SOCIAL,

•PRESTAR ASSESSORIA E APOIO AOS MOVIMENTOS SOCIAIS EM MATÉRIA RELACIONADA ÀS POLÍTICAS SOCIAIS, NO EXERCÍCIO E NA DEFESA DOS DIREITOS CIVIS, POLÍTICOS E SOCIAIS DA COLETIVIDADE,

• PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS E DA UNIDADE DE SERVIÇO SOCIAL,

• REALIZAR ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS COM OS USUÁRIOS PARA FINS DE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS SOCIAIS JUNTO A ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA E INDIRETA, EMPRESAS PRIVADAS E OUTRAS ENTIDADES.

PERSPECTIVAS DESAFIADORAS AO SERVIÇO SOCIAL

(MARTINELLI, 1994 E IAMAMOTO, 1997 E 1998).

- REDESCOBRIR ALTERNATIVAS E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO PROFISSIONAL NO CENÁRIO ATUAL,
- TRAÇAR HORIZONTES PARA A FORMULAÇÃO DE PROPOSTAS QUE FAÇAM FRENTE À QUESTÃO SOCIAL,
- MATERIALIZAR OS PRINCÍPIOS ÉTICOS POLÍTICOS DA PROFISSÃO,
- DEFENDER DE FORMA INTRANSIGENTE OS DIREITOS HUMANOS,
- AFIRMAR O COMPROMISSO COM A CIDADANIA E DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS,
- RELACIONAR TEORIA E PRÁTICA,

- DECIFRAR A REALIDADE E CONSTRUIR PROPOSTAS
- CRIATIVAS E EFETIVADORAS DE DIREITOS,
- ARTICULAR PRÁTICAS SINGULARES ÀS COLETIVAS,
- EXERCER A FUNÇÃO DE EDUCADOR POLÍTICO,
- REQUER UM PROFISSIONAL INFORMADO, CULTO E DINÂMICO,
- SER CRÍTICO E COMPETENTE,
- PREOCUPAR-SE COM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS,
- SER CAPAZ DE NEGOCIAR COM ARGUMENTAÇÃO,
- SER PROPOSITIVO E CRIATIVO.

DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

CONSTRUIR ALTERNATIVAS PROFISSIONAIS QUE SUPEREM AS ATIVIDADES TÉCNICO-BUROCRÁTICAS E FOCALIZEM A AÇÃO TÉCNICO-POLÍTICA, VIABILIZANDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR, A DEMOCRATIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES, A ELEVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA, AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS. (BRAVO, 1996).

- **NÃO PODE LIMITAR-SE ÀS DEMANDAS INSTITUCIONAIS POSTAS,**
- **DEVE AVANÇAR NA IDENTIFICAÇÃO DAS NOVAS DEMANDAS E REQUISIÇÕES QUE APARECEM À PROFISSÃO,**
- **NÃO SE PRENDER AO PLANO DA IMEDIATICIDADE E NAS NECESSIDADES INSTITUCIONAIS,**
- **BUSCAR DETERMINANTES HISTÓRICO-ESTRUTURAIS QUE POSSIBILITEM EXPLICAÇÕES MAIS ABRANGENTES. (PEREIRA, 1998, PAG .87).**

PRINCIPAIS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

- IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS,
- PLANTÃO (TRIAGEM),
- APOIO EMOCIONAL,
- ENCAMINHAMENTOS,
- AGILIZAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS,
- ALTA HOSPITALAR (PROVIDÊNCIAS),
- DISCUSSÃO DE CASOS EM EQUIPE,
- CAMPANHAS SÓCIO-EDUCATIVAS,
- PESQUISA,
- SUPERVISÃO DE ESTÁGIO.

O COTIDIANO PROFISSIONAL

- ENTENDIMENTO DO COTIDIANO E DE SUAS RELAÇÕES NUM CONTEXTO INSTITUCIONAL,
- INDIVÍDUO JÁ NASCE INSERIDO NO COTIDIANO → DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES → AMADURECIMENTO.
- O HOMEM NÃO SE DETÉM SÓ NO PLANO DA SINGULARIDADE; É GENÉRICO, CO-PARTICIPANTE DO COLETIVO.
- O INDIVÍDUO ROMPE A COTIDIANIDADE → CANALISA FORÇAS → OBJETIVAÇÃO.
- ELEVAÇÃO DO SINGULAR AO GENÉRICO.

REALIDADE:

ACÚMULO DE SERVIÇOS,

ROTINEIRIZAÇÃO DAS ATIVIDADES,

A SITUAÇÃO DA DOENÇA,

FALTA DE RESULTADOS DA AÇÃO INTERVENTIVA,

PROFISSIONAL ALIADO DA PRODUÇÃO SEU PRÓPRIO
TRABALHO,

ALIENAÇÃO DO COTIDIANO PROFISSIONAL.

POSSIBILIDADES:

TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL,

ENTROSAMENTO DA PRÓPRIA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL,

IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DO APOIO ADMINISTRATIVO DA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO,

AUTONOMIA PROFISSIONAL.

LIMITES:

INTERESSES POLÍTICOS VIGENTES,

FALTA DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (GRUPO DELIBERATIVO).

GRANDE DEMANDA,

CONDIÇÕES DE TRABALHO INSUFICIENTES,

BAIXA REMUNERAÇÃO,

FALTA DE RECURSOS HUMANOS.

INTERDISCIPLINARIDADE:

**“A PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR NÃO FERE A ESPECIFICIDADE DAS PROFSSÕES E TAMPOUCO SEUS CAMPOS DE ESPECIFICIDADE, MUITO PELO CONTRÁRIO REQUER ORIGINALIDADE E A DIVERSIDADE DOS CONHECIMENTOS QUE PRODUZEM E SISTEMATIZAM.. PERMITINDO A PLURALIDADE DE CONTRIBUIÇÕES PARA COMPREENSÕES MAIS CONSISTENTES..”
(RODRIGUES ON, 1995).**

CARACTERÍSTICAS DE UM TRABALHO EM EQUIPE:

→DIÁLOGO

→COLABORAÇÃO

→CONFIANÇA

→CRIATIVIDADE

→COMPETÊNCIA

→COMPREENSÃO

→VISÃO DE TOTALIDADE

→RESPEITO

→OBJETIVOS COMUNS

→ÉTICA

→MOTIVAÇÃO

→UNIÃO

→HUMILDADE

→ PLURALISMO

PROGRAMAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO A CASOS NOVOS.
- ASSISTÊNCIA CONTÍNUA AOS PACIENTES E FAMILIARES.
- PROJETO “REPENSANDO UM ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA SALA DE ESPERA”.
- INTEGRAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DOS PROGRAMAS.
- MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS INSTITUCIONAIS E COMUNITÁRIOS.
- ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA CONTÍNUA.
- AGENTES MULTIPLICADORES.
- PARCERIA COM PREFEITURAS MUNICIPAIS, PROMOTORIA PÚBLICA, SECRETARIAS, CONSELHO TUTELAR.
- VIABILIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DOMÍCIO DO SUS.
- PREVENÇÃO E CONTROLE DO ABANDONO DO TRATAMENTO.

PRINCIPAIS DEMANDAS DO PLANTÃO SOCIAL

- ENCAMINHAMENTOS, ORIENTAÇÕES SOBRE OS RECURSOS INSTITUCIONAIS E COMUNITÁRIOS,
- ORIENTAÇÕES SOCIAIS: FAMÍLIA, ESCOLA, TRABALHO,
- INTERVENÇÕES NO PROCESSO DE TRATAMENTO,
- BENEFÍCIOS SOCIAIS.

CONDIÇÕES BÁSICAS PARA O EXERCÍCIO DA PRÁTICA

Conhecer

Compreender

Intervir



QUERER SABER, ASSUMIR E RESPONSABILIZAR-SE POR AÇÕES QUE INTERPELAM A REALIDADE SOCIAL.



NECESSIDADES SINGULARES E COLETIVAS



TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS.

(RODRIGUES, 1999)

“ UM DOS MAIORES DESAFIOS QUE O ASSISTENTE SOCIAL VIVE NO PRESENTE É DESENVOLVER SUA CAPACIDADE DE DECIFRAR A REALIDADE E CONSTRUIR PROPOSTAS DE TRABALHO CRIATIVOS E CAPAZES DE PRESERVAR E EFETIVAR DIREITOS, A PARTIR DE DEMANDAS EMERGENTES NO COTIDIANO. SER UM PROFISSIONAL PROPOSITIVO E NÃO SÓ EXECUTIVO.” (IAMAMOTO,1998)

DESAFIOS À SAÚDE NO TERCEIRO MILÊNIO: (LINHAS BÁSICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE).

- DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DA GENERALIZAÇÃO DA GESTÃO PLENA:

- * 450 MUNICÍPIOS DO BRASIL EM GESTÃO PLENA
- * GESTÃO PLENA DEVE ESTAR ACOMPANHADA DA ATENÇÃO BÁSICA.

- TRABALHO DE PREVENÇÃO BASEADO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIO.

- * MUNICÍPIO RESPONSÁVEL PELA PREVENÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA.
- * AMPLIAR OS AGENTES DE SAÚDE, ÁREA RURAL E URBANA.
- * MONTAR EQUIPES (MÉDICO, ENFERMEIRA, AUXILIAR, ETC.) PARA MELHORAR O ATENDIMENTO.

FINALIDADES

- 1-) PREVENIR OS PROBLEMAS SOCIAIS QUE IRÃO INTERFERIR NA HOSPITALIZAÇÃO E ALTA DO PACIENTE.
- 2-) OBTER MELHOR PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E DO PACIENTE NO TRATAMENTO.
- 3-) PARTICIPAR DAS VISITAS MÉDICAS, QUANDO TERÁ OPORTUNIDADE DE ACOMPANHAR A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E A ALTA E AINDA APRESENTAR AO MÉDICO AS DIFICULDADES ENCONTRADAS.
- 4-) TRATAR DOS PROBLEMAS PSICO-SOCIAIS DO PACIENTE RELACIONADOS COM A MOLÉSTIA DURANTE O TRATAMENTO MÉDICO PRA ALTA HOSPITAL E NO PERÍODO DE CONVALESCENÇA.
- 5-) SERVIR DE LIGAÇÃO ENTRE O HOSPITAL, PACIENTE E A FAMÍLIA.
- 6-) AUXILIAR O PACIENTE COM PROBLEMAS DE ACOMODAÇÃO ATRAVÉS DE ENTROSAMENTO COM OS RECURSOS DA COMUNIDADE ANTES DE OU DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO.
- 7-) REALIZAR ESTUDO DAS CONDIÇÕES PSICO-SOCIAIS DO PACIENTE SEMPRE QUE NECESSÁRIO, AO DIAGNÓSTICO, AO TRATAMENTO MÉDICO OU A REMOÇÃO DO PACIENTE.

- 8-) COLABORAR PARA A MELHOR ADAPTAÇÃO DO PACIENTE AO AMBIENTE HOSPITALAR.
- 9-) ASSISTIR A FAMÍLIA DO PACIENTE NO CASO EM QUE A HOSPITALIZAÇÃO OU A DOENÇA ACARRETE DESAPONTAMENTO, ORIENTANDO-A NA SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS.
- 10-) PARTICIPAR DE PESQUISAS MÉDICO-SOCIAIS, IDENTIFICAR E INTERPRETAR AS CARÊNCIAS E NECESSIDADES OFERECENDO SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO DE SOLUÇÃO ADEQUADA.
- 11-) QUANTIFICAR O QUANTO POSSÍVEL OS PROBLEMAS SOCIAIS RELACIONADOS COM A SITUAÇÃO DOENÇA E PROCURAR DETERMINAR OS FATORES CAUSAIS OU DETERMINANTES.
- 12-) EFETUAR TRIAGEM INICIAL PARA TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO, OU SEJA, O CONFORTO DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE COM CRITÉRIOS PREESTABELECIDOS PELA INSTITUIÇÃO.
- 13-) PARTICIPAR DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO PACIENTE, A FIM QUE ELE POSSA, QUANDO REESTABELECIDO, SER INTEGRADO AO MEIO SOCIAL, PROFISSIONAL E FAMILIAR.