

# *Revista da Graduação*

---

Vol. 4

No. 2

2011

27

---

**Seção: FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

Título: Desenvolvimento das políticas públicas:  
Saúde, Educação e Serviço Social -  
convergência necessária

Autor: Aléia Sanchez Righi

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/10093/7123>

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ALÉIA SANCHEZ RIGHI

**DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE, EDUCAÇÃO E  
SERVIÇO SOCIAL - CONVERGÊNCIA NECESSÁRIA**

Porto Alegre

2011

ALÉIA SANCHEZ RIGHI

**DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE, EDUCAÇÃO E  
SERVIÇO SOCIAL - CONVERGÊNCIA NECESSÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2011

ALÉIA SANCHEZ RIGHI

**DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE, EDUCAÇÃO E  
SERVIÇO SOCIAL - CONVERGÊNCIA NECESSÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

Banca 01

---

Banca 02

---

Dedico este trabalho  
aos homens da minha vida;  
meu marido e meu pai  
por terem proporcionado  
a conclusão deste sonho.  
E ao meu filhote Artur,  
pela ausência consentida.

## AGRADECIMENTOS

### ACASO

"Cada um que passa em nossa vida,  
passa sozinho, pois cada pessoa é única  
e nenhuma substitui outra.  
Cada um que passa em nossa vida,  
**passa sozinho, mas não vai só  
nem nos deixa sós.  
Leva um pouco de nós mesmos,  
deixa um pouco de si mesmo.**  
Há os que levam muito,  
mas há os que não levam nada.  
Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,  
e a prova de que duas almas  
não se encontram ao acaso. "

(Antoine de Saint-Exupéry)

À minha família, agradeço intensamente por tudo, principalmente por me apoiarem em todas as minhas escolhas.

Agradeço a todas as pessoas que fizeram parte da minha formação: professores, colegas e funcionários da FSS/PUCRS pelo conhecimento e noites compartilhadas em torno do Serviço Social.

Agradeço em especial à professora e minha orientadora Maria Barros Bellini pelo acolhimento e generosidade durante o período de construção deste trabalho de conclusão de curso. Você me conquistou e me fez amar ainda mais o SUS.

Agradeço ao meu tutor, Guilherme Coelho, e à minha preceptora, Wanize Wilde Janke, do Programa de Educação e Trabalho PET/SAÚDE que muito contribuíram para o meu conhecimento sobre a área da saúde e atuação Serviço Social nesta política.

Agradeço aos amigos, em especial aos que tive o privilégio de estar mais próxima durante esta jornada de formação profissional e que deixaram um pouquinho de si para sempre: Anelise, Flávia, Guilherme, Jaqueline, Marta, Rosane, Vera e Vinicius.

Custa o rico entrar no céu  
(afirma o povo e não erra)  
Porém muito mais difícil  
É um pobre ficar na terra.

**Mário Quintana**

## RESUMO

O trabalho discute a constituição das políticas públicas de saúde e de educação no Brasil, nos séculos XX e XXI, e o serviço social como agente catalisador do desenvolvimento dessas políticas. Explora aspectos históricos da política de saúde, na perspectiva dos movimentos da sociedade civil que mudaram o modelo de atenção à saúde do Brasil, consolidados na Reforma Sanitária Brasileira. Discorre sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sua organização e regulamentação, normas operacionais, financiamento e recursos humanos. Este último tópico é destacado como elemento fundamental na rede de proteção social e onde também descreve-se a constituição específica do serviço social na área da saúde. Aborda as políticas de Saúde e Segurança Alimentar, a importância da alimentação saudável e suas implicações para a saúde, como a mudança de perfil epidemiológico de doenças transmissíveis para doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-Chave: Saúde. Segurança Alimentar. Serviço Social.



## ABSTRACT

This paper discusses the constitution of public policies regarding health and education in Brazil, along the XX and XXI centuries, and social work as a catalyst agent in the development of these policies. It explores historical aspects of health policy from the perspective of the civil society movements that have changed the health care model in Brazil, consolidated in the Brazilian Health Reform. It debates the *Sistema Único de Saúde (SUS)* – Unified Health System, its organization and regulation, operational standards, financing and human resources. This last topic is emphasized as a key element in social safety and also describes the specific constitution of social services in the health area. It also approaches Health and Food Safety policies, the importance of healthy eating and its implications for health, as well as changes in the epidemiological profile of transmitted diseases to chronic non-transmitted diseases .

Keywords: Health. Food Safety. Social Work.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura organizacional e decisória do SUS.....	30
Figura 2 - Evolução histórica do PSF.....	43
Figura 3 - Pirâmide de Maslow .....	46
Figura 4 – Modelo de Determinação Social da Saúde (Dahlgren e Whitehead – 1991).....	47
Figura 5 - Percentual de Pessoas que referiram doença crônica na PNAD – Saúde de 1998, 2003 e 2008.....	49

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislação sobre a regulação do exercício e a criação dos conselhos de profissão .....	34
Quadro 2 - Sistema de Informação de Atenção Básica Cadastramento Familiar - Rio Grande do Sul .....	58

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AI5 - Ato Institucional nº 5  
APS - Atenção Primária em Saúde  
ASSEPLA- Assessoria de Planejamento  
CAE - Centros de Atendimento ao Educando  
CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão  
CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais  
CEAS - Centro de Estudos e Ação Social  
CF - Constituição Federal  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CONSEA- Conselho Nacional de Segurança Alimentar  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada  
DISE - Divisão de Saúde Escolar  
DRCR - Documento De Referência E Contra Referência  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
FAURGS - Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
GM – Gabinete do Ministro  
HPV - Hospital Presidente Vargas  
IAPB – Instituto de Aposentadoria dos Bancários  
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos  
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IAPTEC – Instituto de Aposentadoria dos Empregados de Transportes de Cargas  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IES - Instituições de Educação Superior  
INAMPS - Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional  
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social  
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS - Ministério da Saúde  
MT - Ministério do Trabalho  
NASCA - Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU/FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
PBF - Programa Bolsa Família  
PEC - Proposta de Emenda Constitucional  
PET/Saúde - Programa de Educação e Trabalho em Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PISE - Programa Integral de Saúde Escolar  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNS - Política Nacional de Saúde  
PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
PSE - Política de Saúde na Escola  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PUC/RS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
SALTE - Saúde, Alimentação, Transporte e Energia  
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde  
SESU - Secretaria de Educação Superior  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SOE - Serviço de Orientação Escolar  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde  
TCG - Termo de Compromisso de Gestão  
UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 DO CONTROLE DA SOCIEDADE AO CONTROLE PELA SOCIEDADE .....</b>	<b>16</b>
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	16
<b>3 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>25</b>
3.1 SEGURIDADE SOCIAL NO ATUAL ESTADO DEMOCRÁTICO DO BRASIL.....	25
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O DIREITO À SAÚDE CONQUISTADO PELO POVO .....	26
<b>3.2.1 Princípios e Diretrizes.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.2 Organização e Regulamentação do SUS.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2.3 Recursos Humanos na Saúde.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2.4 Estratégia de Saúde da Família: Eixo Estruturante do SUS.....</b>	<b>40</b>
<b>4 ALIMENTAÇÃO: OFERTAS E ESCOLHAS LÍMITROFES PARA A SAÚDE.....</b>	<b>45</b>
4.1 ALIMENTO: A PRIMEIRA NECESSIDADE.....	45
4.2 DIREITO À ALIMENTAÇÃO COM QUANTIDADE E QUALIDADE .....	50
<b>5. CONVERGÊNCIA ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>55</b>
5.1 SAÚDE E EDUCAÇÃO: HISTÓRIA E POLÍTICAS QUE SE ENCONTRAM.....	54
5.2 REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO ALEGRE.....	57
5.3. NASCA LESTE/NORDESTE: UM ESPAÇO DE APRENDIZAGEM .....	60
5.4 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO – PET/SAÚDE E ESTÁGIO CURRICULAR EM SERVIÇO SOCIAL: UMA EQUAÇÃO POSSÍVEL.....	64
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE - DADOS ANTROPOMÉTRICOS .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DIREITO À SAÚDE. CARTILHA DISTRIBUÍDA AOS ALUNOS DA ESCOLA MUNICIPAL CHICO MENDES.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO B - FICHA DE ANAMNÉSE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ponto de partida para esse trabalho foi a inserção da acadêmica de serviço social, em seu estágio obrigatório nível 2 e 3, no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente Leste/Nordeste (NASCA Leste/Nordeste), do município de Porto Alegre. Suas análises e intervenções, realizadas na perspectiva da aproximação/construção de um conhecimento, orientada pelo Método Materialista Dialético Histórico, foi igualmente determinante.

Ao iniciar esta aproximação tornou-se necessária a clareza de que o verdadeiro ponto de partida deve ser a própria realidade e, o método propicia um caminho para conhecer esta realidade. Assim, o método torna-se um instrumento eficaz no processo de compreender e desvendar as estruturas e as transformações/reproduções dos fenômenos sociais.

Karl Marx, criador do método acima referido, acreditava que eram as condições materiais da vida de uma sociedade que determinavam o pensamento e a consciência das pessoas. Além disso, acreditava que essas condições materiais eram decisivas para a evolução da história. Esse pensamento, inovador para a sua época (século XVIII), tornou-o conhecido como o “filósofo materialista dialético”. Para Marx, as bases de uma sociedade estão nas relações materiais, econômicas e sociais, enquanto que o modo de pensar, as instituições políticas, as leis, a religião, a moral, a arte, a filosofia e a ciência se constituem no que ele chamava de superestrutura. Entretanto, reconhecia que, entre a base e a superestrutura de uma sociedade, existe uma interação, uma tensão, denominada depois de materialismo dialético.

Percebe-se que a teoria dialético crítica não só dá conta de explicar a realidade, mas também de como foi concebida para subsidiar a transformação da realidade. Suas análises e revelações estão comprometidas com a apreensão do real e com suas contradições, entendendo a na sua dinâmica, decifrando suas alternativas.

No entanto, em vários momentos, é possível perceber, no cotidiano de profissionais, à priori, orientados pelo Método Dialético Crítico, uma dicotomia entre a teoria que reprova o sistema ineficiente, sugerindo sua transformação, e a prática que se concretiza no ajustamento à ideologia desse sistema questionado.

Na unidade indissolúvel da teoria com a prática, conectada a uma postura ética, torna-se possível a descoberta do que se oculta nas práticas cotidianas, apreendendo as possibilidades do “novo”, acionado pela ação investigativa como instrumento para o exercício profissional. A investigação possibilita o resgate e a reconstrução da ação cotidiana, capturando suas determinações e seus nexos através de estudo crítico da realidade social. Permite a operacionalização dos fundamentos constitutivos do trabalho do assistente social nos processos de investigação, proposição e execução. Enfim, respostas profissionais extremamente vinculadas às exigências da competência profissional.

As questões motivadoras da investigação, as quais direcionam os interesses dos sujeitos, estão relacionados à inserção no real, que instiga à busca, à superação, à possibilidade de re-criação. A perspectiva que orienta a compreensão da relação entre investigação e intervenção profissional é a crítica, ou seja, remete ao método materialista dialético histórico, especialmente em relação à compreensão da práxis como categoria central.

A práxis é constitutiva do ser social e este configura a práxis através do trabalho. Pensar o produto da atividade humana descolado do próprio ser humano impossibilita a garantia do movimento dialético pensamento/ação.

No processo de formação profissional, a proposta da academia, para o desenvolvimento da ação, visando à práxis, se dá através da elaboração, execução e avaliação de um projeto de intervenção no campo de estágio, junto aos usuários. Todo o processo de intervenção na realidade, executado pelo estagiário, é acompanhado pelo supervisor acadêmico e pelo supervisor de campo. O projeto de intervenção dá suporte às apreensões percebidas/vivenciadas pelo acadêmico em formação, à vinculação da ação profissional efetivada no dia-a-dia da instituição (campo de estágio) e às reflexões que estão intrinsecamente amalgamadas com as teorias que lhe dão suporte.

No processo de estágio, surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção nas áreas da saúde e da educação, especificamente sobre direito à alimentação saudável na saúde do escolar. O interesse da acadêmica estava centrado na promoção da saúde através da disseminação de informação sobre o direito à alimentação saudável, na perspectiva da garantia ao acesso à saúde. O campo de desenvolvimento do projeto envolveu a escola pública municipal Chico



Mendes, da região Leste/Nordeste, do município de Porto Alegre, com as crianças diagnosticadas com alterações nutricionais (baixo peso e sobrepeso).

A proposta deste trabalho de conclusão de curso é mostrar a estrada percorrida pela acadêmica na experiência de formação profissional, que foi desafiadora e instigante. Dentre inúmeros desafios encontrados, um, em especial, chamou a atenção dela: a forma como eram desenvolvidas as ações de promoção e prevenção em saúde.

O trabalho foi estruturado em cinco capítulos principais que discorrem sobre a experiência da formação. Após a presente introdução, no segundo capítulo, denominado *Do Controle Da Sociedade Ao Controle Pela Sociedade*, explora-se aspectos históricos da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira. Evidenciam-se, então, os movimentos da sociedade civil que tencionavam mudar o modelo de atenção à saúde do Brasil.

O terceiro capítulo, intitulado *Sistema De Proteção Social Seguridade Social No Atual Estado Democrático Do Brasil*, discorre sobre a política de saúde conquistada pelo povo, sua organização e regulamentação, normas operacionais, financiamento e recursos humanos. Este último tópico é destacado como elemento fundamental na rede de proteção social e onde também descreve-se a constituição histórica específica do serviço social na área da saúde.

O quarto capítulo *Alimentação: Oferta e Escolhas Limítrofes Para A Saúde* discorre sobre a importância da alimentação saudável e suas implicações para a saúde, como a mudança de perfil epidemiológico de doenças crônicas transmissíveis para doenças crônicas não transmissíveis. Também aborda sobre a Legislação vigente, sobre as políticas de Saúde e Segurança Alimentar.

O último capítulo *Convergência Entre Saúde, Educação e Serviço Social* discute a constituição das políticas públicas de saúde e de educação no Brasil, nos séculos XX e XXI, e o serviço social como agente catalisador do desenvolvimento dessas políticas. Neste capítulo enfatiza-se a respeito da elaboração e desenvolvimento do projeto de intervenção (embora a formação da acadêmica esteja expressa em cada um dos capítulos anteriores) e aborda-se de forma específica a experiência significativa do processo de formação profissional. Assim como aprofunda-se o projeto profissional e as dimensões da competência profissional que desenvolveram-se no espaço de estágio.

## 2 DO CONTROLE DA SOCIEDADE AO CONTROLE PELA SOCIEDADE

A realidade não se põe de imediato isso significa que, portanto, para conhecê-la, é necessário realizar sucessivas aproximações! Importa ressaltar que a realidade só pode ser descrita depois de concluído o movimento que permitiu conhecê-la (Kosik, 1998). Para explicar este movimento do método dialético o autor utiliza o termo *detour*, que significa voltar atrás para buscar na história elementos que ajudem a desvendar o que se apresenta no cotidiano como um mero fato. Amparado nesta perspectiva, neste trabalho serão abordados alguns fatos históricos importantes que permitem compreender a construção histórica relacionada ao controle da sociedade pelo Estado e a mudança de paradigma desencadeada pelos movimentos sociais buscando o controle da política de saúde, como expressão concreta do controle pela sociedade.

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o início do século XX, é conhecido como período da República Velha e ficou marcado pelo domínio político das elites agrárias mineira, paulista e carioca. A economia baseava-se na produção e exportação do café, por isso era de fundamental importância o saneamento dos espaços de circulação desse produto – sobretudo dos portos -, e também o controle de doenças que pudessem prejudicar a exportação do café, como a peste, cólera e varíola (CARVALHO, et al, 2006).

Por outro lado, a assunção de uma burguesia capitalista já anunciava o seu ideário político rumo ao desenvolvimento do país, o que demandava uma força de trabalho que deveria ser sadia, formada por patriotas e “disposta” à exploração do trabalho (BARBIANI, 2008). Essa foi a principal motivação que levou o Estado a criar estratégias coletivas de saúde. Contudo, esta prática estava no ajustamento dos indivíduos à ordem social.

A proliferação de doenças como lepra, peste bubônica, febre amarela e tuberculose entre o proletariado (mão de obra ativa) ocasionou perdas na produção econômica Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Frente a esta diretoria estava o médico Oswaldo Cruz, que adotou o modelo das campanhas sanitárias destinadas a combater as endemias urbanas e,

posteriormente, as rurais. Esse modelo estava fortemente baseado na repressão e tinha inspirações militares para a sua efetivação. Consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro e seu ápice aconteceu no dia 31/10/1904 tornando a vacinação contra febre amarela obrigatória a toda a população, não importando se havia consentimento ou interesse na vacinação. Essa imposição por parte do governo gerou desconfiança e provocou um movimento de resistência da população carioca e veemente recusa da intervenção. Essa resistência ficou conhecida como a “Revolta da Vacina” (CARVALHO, et al, 2006).

Um dos principais motivos da revolta da população foi a desinformação em relação à necessidade e motivos da vacinação. Após seis dias de barricadas, entre os bairros do Encantado e Jardim botânico, a Revolta da Vacina culminou em trinta mortos, cento e dez feridos, quatrocentos e quarenta e cinco deportados e novecentos e quarenta e cinco presos<sup>1</sup>. Considerada marco histórico da saúde pública no país, a vacinação termina imposta e impede a proliferação da febre amarela, considerada endemia no Rio de Janeiro e responsável por muitas mortes.

A Revolta da Vacina se caracterizou pela manifestação de repúdio da população em relação à política de saúde da época a qual, para combater a epidemia de varíola, febre amarela e peste bubônica que assolava o Rio de Janeiro em parceria com o exército e transformou a saúde em caso de polícia, invadiu casas, espaços privados, vacinou cidadãos à revelia da opinião e da decisão destes, intervindo em corpos individuais sem consentimento. A manifestação de revolta da população anunciava naquela época que os procedimentos e as decisões referentes aos cuidados com a saúde pública deveriam ser precedidos da socialização da informação de forma a garantir a compreensão e conhecimento das razões que determinavam essa ou aquela ação (BELLINI, 2010, p.2).

Nesta época a população pagava para ter acesso aos serviços de saúde, que eram de modo eminente privados. Nas demais áreas de atenção, a assistência aos que não podiam custeá-la era praticada por entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia.

Essas condições levaram o proletariado a avançar em seu processo organizativo, o que era visto com preocupação pela burguesia. Unindo-se ao Estado e à Igreja, como poderes organizados, a classe dominante procurava arquitetar estratégias com força disciplinadora e desmobilizadora do movimento do proletariado.

O período de 1900 a 1930 foi marcado pelo início das lutas lideradas pelos trabalhadores em busca de conquistas sociais. O desenvolvimento social, o

---

<sup>1</sup> Conforme informações do Portal Vermelho. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/interna.php?pagina=1900.htm>. Acesso em 21/04/2011.

crescimento das cidades devido ao êxodo rural e a falta de emprego e as insatisfações da classe média levaram o Estado brasileiro a agir perante as reivindicações populares por melhores condições de trabalho. Inicialmente o Estado adota algumas medidas isoladas e restritas a algumas categorias profissionais urbanas e cria, em 1923, a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) dos ferroviários, a qual foi o embrião de toda a política de previdência social e eixo dorsal da futura política de seguridade social. Três anos depois as caixas de aposentadorias foram estendidas aos portuários, aos telegrafistas e aos radiotelegrafistas, todos profissionais estatais. As principais características dos CAPs eram a concessão de benefícios pecuniários (aposentadoria e pensões) e prestação de serviços (assistência médica e farmacêutica) aos empregados e aos seus dependentes (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). Importante destacar que as CAPs eram mantidas com parte do salário dos trabalhadores, ou seja, a saúde era comprada pelos trabalhadores, o que a caracterizava como mercadoria.

Nesse período, o Estado não apreendia a pobreza como expressão da questão social e sim como disfunção pessoal dos indivíduos, e era tratada como “caso de polícia” quando causava algum incômodo à sociedade. Por pobreza compreendia-se a carência material, tipicamente envolvendo as necessidades da vida cotidiana: alimentação, vestuário, moradia, educação, saúde, dentre outras. Nesse sentido, podia ser entendida como a carência de bens e serviços essenciais. A condição de ser pobre era entendida como um defeito ou falta de competência dos indivíduos.

Na década de 30 ocorreram importantes conquistas por parte dos trabalhadores e nasce uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categoria profissional, aumentando a inclusão social iniciada pelas CAPs, que eram organizadas por empresas. Assim, surgiram o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos bancários (IAPB), dos empregados de transportes de cargas (IAPTEC), entre outros (CARVALHO, et al, 2006)..

Em 1930, também foram criados o Ministério do Trabalho, que passou a fiscalizar, ordenar e controlar as ações junto à força de trabalho (principalmente a urbana) e o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP, que passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. A assistência à população não vinculada ao mercado formal de trabalho era prestada pelas entidades de caridade (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). Posteriormente, na década de 50, os Ministérios da

Saúde e da Educação e Cultura surgiram da divisão do MESP. Desta forma, ambos passaram a ter autonomia institucional para a elaboração e implementação de políticas em suas áreas. Neste momento, as ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde, do antigo MESP, passaram a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

O governo Getúlio Dorneles Vargas, na década de 40, iniciou o processo de industrialização do país com a Companhia Siderúrgica Nacional, que se tornou moeda de troca com o governo norte-americano para o apoio aos aliados contra os nazifascistas, na Segunda Guerra Mundial. Criam-se condições de estabelecer um parque industrial brasileiro nos centros urbanos, acelerando o êxodo rural em busca de trabalho. A partir desses acontecimentos, os trabalhadores organizam-se e intensificam-se os movimentos sociais por melhores salários, direitos civis e políticos e reformas de base. Esta movimentação por parte da população foi percebida como uma ameaça pela classe dominante.

No Brasil, no período do Pós Guerra, aumentou o desemprego e agravaram-se as condições sociais. No cenário mundial, principalmente nos países da Europa, desenvolveu-se a concepção do “Estado de bem estar social” ou “*Welfare State*”<sup>2</sup>, aumentando de forma significativa os gastos estatais nas áreas sociais. No Brasil, os técnicos da Previdência não ficaram imunes a esta reorganização da política social internacional e, atendendo também aos interesses da política populista de Vargas, começaram a formular um modelo alternativo de seguridade social (CARVALHO, et al, 2006). A assistência médica previdenciária, que até então não era importante, passou a fazer parte do novo modelo e a consumir recursos cada vez mais significativos.

Coerente com o regime de capitalização que estava sendo implantado neste período houve aumento de rigidez dos critérios para a concessão de benefícios, a diminuição dos valores a serem concedidos e o aumento progressivo da contribuição dos segurados. Estas medidas fizeram com que mais de 70% da receita fossem destinadas às reservas previdenciárias. Os vultosos recursos acumulados sob o controle do Estado tornaram-se importantes para viabilizar o projeto político-econômico do novo regime: a industrialização (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, p. XXX).

---

<sup>2</sup> De acordo com Marques (1997:23), *Welfare State* é "(...) um conjunto de políticas sociais desenvolvido pelo Estado no intuito de prover a cobertura dos riscos advindos da invalidez, da velhice, da doença, do acidente de trabalho e do desemprego". MARQUES, Rosa Maria. *Mudanças no mundo do trabalho e proteção social*. In Revista São Paulo em Perspectiva. Nº 04. São Paulo: Fundação Seade, 1995.

Em 1954, no período Pós Getúlio, mantém-se, na assistência a saúde, a prática de campanha de combate às endemias: malária, peste, tuberculose, lepra, febre amarela. A assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social e abrigava e isolava os portadores de alguma moléstia (CARVALHO apud GUIMARÃES, 1982).

Na década de 50, ocorreu a implantação do plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), e intensificaram-se a assistência alimentar, a educação sanitária, a assistência hospitalar e médica à infância, sendo criado o Programa de Higiene e Segurança do Trabalho. O destaque está no ano de 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde, embora na prática esse apenas incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação, mantido com o orçamento bastante escasso. A dicotomia entre a saúde pública e a atenção médica individual persistia (CARVALHO, 2006).

Com o golpe militar de 1964, fruto de uma aliança entre multinacionais, governo estadunidense, burguesia nacional e a classe média (GAZZOLA, SD), algumas medidas são tomadas sob o argumento de obter racionalidade financeira (CARVALHO, 2006). A ditadura aprofunda-se em 1967, com a promulgação do Ato Institucional nº 5 (AI5),<sup>3</sup> que fecha o Congresso Nacional e concentra poderes no Presidente da República. Nesse ano, houve a intervenção do Estado nos Institutos (IAPs), ocasionando a unificação de todos e gerando a implantação o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CARVALHO, et al, 2006).

No período entre os anos de 1969 e 1973, chamado de Milagre Econômico, houve o crescimento da taxa do PIB (Produto Interno Bruto) do país de quase 12% ao ano, contra uma inflação que beirava os 18% (CARVALHO, et al, 2006). O Brasil avançou muito, com investimentos internos e empréstimos do exterior. O crescimento resultou em dívida que passou de 4,4 bilhões de dólares em 1969, o que significa 14,4% do PIB (GAZZOLA, SD). Com o agravamento da crise, surgiram vários movimentos grevistas, nas indústrias, na construção civil, no setor de cana de açúcar, entre outros. Uma das reivindicações desses movimentos era por

---

<sup>3</sup> “Nem Pedro I, nem Pedro II, ninguém na história do mundo dispunha de tantos poderes como o presidente da república do AI-5”, afirmou o historiador Cid Teixeira. “O AI-5 dava mais poderes a presidência da república do que a qualquer ditador, qualquer rei absoluto que a Idade Média teve”. Para o historiador, foi o AI-5 que permitiu a abertura de poder para os militares, como nenhum outro documento na história já deu a alguém. (GASPARI, 2003).

assistência à saúde, pois, com a industrialização do país, eram cada vez mais recorrentes endemias causadas pelas condições de vida e trabalho.

Devido ao avanço tecnológico, cresceu a assistência privada e o crescimento de um complexo médico industrial e hospitalar respaldado em normas que privilegiam a contratação de serviços de terceiros. A Política Nacional de Saúde (PNS), embora atribuísse ao poder público a atenção à saúde, estabelecia que as atividades médicas devessem ser privadas (GAZZOLA, SD), ou seja, o custo era público, porém o usufruto privado.

Na década de 70, esse modelo de saúde gerou muito lucro para os serviços privados, ocasionando uma verdadeira sangria nos cofres públicos. A prática médica era centrada no indivíduo, na doença, na demanda espontânea, no pronto atendimento, resultando em um cuidado curativo e reabilitador. O sistema de saúde agia quando a pessoa estava com sua saúde comprometida precisando de consultas específicas e do uso de equipamentos mais sofisticados. Neste período, a assistência à saúde ligada à previdência, tinha como principal característica a extensão de cobertura, que, a partir de 1971, passou a incluir os trabalhadores rurais, em 1972 as empregadas domésticas e em 1973 os trabalhadores autônomos.

As principais características desse modelo são: o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico industrial privado, orientado para geração de lucro (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, P. 57).

No final da década de 70, precisamente em setembro de 1978, ocorre a Conferência Mundial da Saúde na União Soviética, que abordou os Cuidados Primários em Saúde. O resultado dessa conferência foi a Declaração de Alma-Ata, que enfatizava um conceito mais amplo de saúde, um estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Importante ressaltar que houve o reconhecimento, por parte das autoridades mundiais, da importância da participação individual e coletiva para os cuidados em saúde junto à população. Esta Conferência preconizava saúde para todos no ano de 2000. Destaca-se a preocupação constante na declaração final de Alma Ata quanto a desigualdade existente no estado de saúde das populações, comparando países desenvolvidos e em desenvolvimento (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

O clima que mobilizava o mundo contagiou o Brasil que, na mesma época, organizou o Movimento da Reforma Sanitária, movimento da sociedade civil

organizada, de base popular, que discutiu o conceito mais amplo de saúde. Este conceito vai além da assistência, englobando a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, a educação, o transporte e os acessos aos bens e serviços essenciais. O Movimento da Reforma Sanitária se aliou ao movimento de oposição ao golpe militar que existia na época.

O movimento sanitário criticava o modelo assistencial, conceituado por vários autores como médico-assistencial privatista, e que despendia, do governo e da sociedade altos investimentos com a compra de serviços médicos. O aumento de contratos de serviços de empresas privadas por parte da previdência sem fiscalização favoreceu a corrupção e contribuiu para a crise econômica da previdência.

O início da década de 80 foi marcado pela crise econômica. A previdência atingiu um déficit de 40 bilhões de cruzeiros em 1980, 150 bilhões em 1981 e a previsão para 1982 eram de 400 bilhões. Em resposta à crise surgiram vários movimentos grevistas, desde o setor da construção civil, até o setor de cana de açúcar. Os trabalhadores se organizaram por melhores condições de trabalho, salários e pela ampliação de direitos.

Novamente os altos investimentos em serviços de saúde privados contribuíram para o agravamento da crise. Em resposta, o Ministério da Saúde e da Previdência Social instituiu, entre várias outras mudanças, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Conforme Sarah Escorel pode-se dizer que este órgão foi o embrião dos programas adotados pelos governos, que em 1990 culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde.

(...) Participavam representantes do governo federal (Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, Desburocratização e Planejamento), patronais (Confederação Nacional do Comércio, da Agricultura e da Indústria); dos trabalhadores (Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria, do Comércio e da Agricultura); e dos médicos (Conselho Federal de Medicina). (ESCOREL, et al, GIOVANELLA, 1996, p. 420).

No Brasil, as mudanças relativas às discussões sobre um novo modo de pensar a saúde alcançou seu auge com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, ocorrida em Brasília. A Conferência foi considerada um divisor de águas, pois reforçou a importância da concepção ampliada de saúde iniciada pelo movimento sanitário. Além da noção de descentralização e unificação do sistema de saúde (SUDS), indicava-se a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios (AROUCA, 1998). Afirmava-se, então, que estava “em curso uma reforma



democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical (...)" (AROUCA, 1998).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou um grande contingente de pessoas e subsidiou a Constituição Federal no texto referente à saúde. Estima-se que mais de “cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiam um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado” (AROUCA, 1998).

Pode-se dizer que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi o início de uma reorganização do Sistema de Saúde no Brasil, que já previa a participação popular, tão importante hoje para a efetivação dos conselhos de saúde. Por fim, com a Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como Constituição cidadã, a saúde passou a ser um direito social, e para a efetivação deste direito, foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde<sup>4</sup> (SUS), que regulamenta as propostas da reforma sanitária, universalizando o atendimento a toda população brasileira. A atenção a saúde foi elevada a categoria de direito público, tornando-se dever do Estado a universalização deste direito. A Sociedade Brasileira deve este ganho à Participação Popular que influenciou nos processos e desenvolvimentos sociais.

Neste sentido, o “controle social”, que será contextualizado no capítulo 3, foi um dos eixos do debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesta conferência, a participação em saúde é definida como “o conjunto das intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas para o setor saúde”, conforme o Dicionário da Educação Profissional em Saúde-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2006).

O processo e conquistas ocorridas nas décadas de 70 e 80 possibilitaram que, em 1989, Fernando Collor de Melo fosse o primeiro presidente eleito pelo povo, após a queda do regime militar, através do voto direto. Ele permaneceu no poder por apenas dois anos. A sociedade novamente mobilizou-se, e as suspeitas de corrupção desencadearam o processo de *impeachment*. Porém, em seu curto período de governo, Collor de Melo iniciou o alinhamento do país com as premissas

---

<sup>4</sup> Será utilizado adotar a sigla SUS para designar Sistema Único de Saúde.

neoliberais que representou um retrocesso na política de saúde, pois impediu os avanços iniciados na década anterior para a regulamentação do SUS.

Entretanto, a pressão da sociedade civil organizada obrigou o Presidente Collor a promulgar as Leis Orgânicas da Saúde para efetivar o SUS: a Lei 8.080 e a Lei 8.142, ambas de 1990.

A Lei Orgânica da Saúde expande o conceito de saúde, que 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, e inclui neste conceito as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Percebe-se claramente a mudança de paradigma ocorrida desde o início do século quando o Estado, através de ações da saúde coletiva, controlava a sociedade. Em 1992, após a promulgação da CF de 1988, com a eleição direta para presidente da república, a sociedade civil organizada exerceu seu poder ao depor o primeiro presidente eleito após 21 anos de ditadura militar.

### 3 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A Constituição Federal preconizou um sistema de proteção social para a proteção de todos através de ações de saúde, previdência e assistência social. Esse sistema de proteção social será abordado a seguir, destacando-se especificamente a Política de Saúde e o SUS.

#### 3.1 SEGURIDADE SOCIAL NO ATUAL ESTADO DEMOCRÁTICO DO BRASIL

Conforme dita o artigo 194 da Constituição Federal, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência, à assistência Social” (BRASIL, 1988). A Constituição também define quais os princípios que o Poder Público deve basear-se para organizar a Seguridade Social:

- I. universalidade da cobertura e do atendimento;
- II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV. irredutibilidade do valor dos benefícios; eqüidade na forma de participação no custeio;
- V. diversidade da base de financiamento;
- VI. caráter democrático e descentralizado da administração, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A Previdência Social é um seguro de renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice (MPS, 2011). Deve garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social (MPS, 2011).

A Assistência Social - política pública não contributiva, dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar -, realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos direitos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à

universalização dos direitos sociais. A assistência social rege-se pelos seguintes princípios: supremacia do atendimento às necessidades sociais, universalização dos direitos sociais, respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, igualdade de direitos no acesso ao atendimento, divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais; assim como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (LOAS, 1993).

A saúde, conforme a Carta Magna, "... é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação..." (Art. 196 da Constituição Federal).

A Saúde organiza-se de acordo com as seguintes diretrizes (Art. 198 da Constituição Federal):

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Conforme o Ministério da Saúde, a Saúde tem caráter universal e gratuito e a sua operacionalização ocorre através do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária. O SUS, ao ser regulamentado, estabeleceu um conjunto de ações e serviços em saúde, prestado por órgãos e instituições públicas, nas diferentes instâncias de governo. A iniciativa privada pode participar somente em caráter complementar. É primordial, para a política de saúde, que o tripé da seguridade social esteja ativo e integrado, potencializando o bem estar social.

Os princípios das ações e serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS serão destacados abaixo.

### 3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O DIREITO À SAÚDE CONQUISTADO PELO POVO

O SUS é considerado o maior sistema de saúde público do mundo, pois abarca uma população estimada em 190 milhões de brasileiros.

### 3.2.1 Princípios e Diretrizes

O Sistema Único de Saúde fundamenta-se em premissas essenciais desde a sua criação: a universalidade, a integralidade, a equidade, o direito à informação e a participação social. Considera que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

A **universalidade** é a fundação de um sistema de saúde equitativo e implica em cobertura e o acesso universais, o que deve ser garantido por um financiamento suficiente.

A cobertura universal implica que o financiamento e os ajustes organizacionais são suficientes para atender toda a população, retirando a capacidade de pagar como uma barreira ao acesso a serviços de saúde e protegendo as pessoas do risco financeiro, enquanto oferece mais apoio para alcançar metas de equidade e implementar atividades de promoção da saúde. Acessibilidade implica ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero ao cuidado (OMS, 2005, p. 12).

Um dos princípios de maior destaque é a **integralidade** da Atenção à Saúde, a qual envolve todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde do Brasil e vai além, abrangendo a articulação intersetorial de todas as políticas públicas instituídas. A integralidade da assistência em saúde abrange um conjunto articulado e contínuo de ações, em uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, com descentralização político-administrativa e direção única em cada esfera de governo. Tem capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis, que envolvem a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação do usuário. Deve haver articulação em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico e a conjugação 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. Deve haver garantia de atendimento completo em todos os níveis de complexidade do SUS de acordo com as necessidades da população, de forma equitativa (Lei 8080).

Atenção integrada é um complemento à abrangência no sentido de que requer coordenação entre todas as partes do sistema de saúde para garantir que sejam atendidas as necessidades de saúde. Para indivíduos, uma abordagem integrada envolve referência e contra-referência por todos os níveis do sistema de saúde e, algumas vezes, a outros serviços sociais. No âmbito do sistema, requer o desenvolvimento de redes de serviços e de prestadores, sistemas apropriados de informação e gestão, incentivos, políticas e procedimentos, e treinamento de prestadores de serviços, equipes e administradores de saúde (OMS, 2005, p. 19).

O documento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS 2005) supracitado pressupõe a integralidade como o pleno atendimento das necessidades em saúde da população, o qual não se esgota apenas no campo da saúde, mas remete a outros serviços sociais. Envolve a necessidade de desenvolver uma atuação intersetorial entre as políticas públicas de bem estar social, buscando construir uma rede de serviços que se concretiza através da atuação interdisciplinar das várias categorias e profissões envolvidas na proteção social.

As necessidades em saúde expressam-se nas diferentes iniquidades que geram as desigualdades biológicas, sociais e econômicas. Assim, deve-se pensar em recursos e serviços de proteção social, fornecidos de acordo com as necessidades de cada um e para todos. Percebe-se nessa trama, entre a integralidade (necessidades de cada um) e a universalidade (necessidades de todos), para satisfação das necessidades, a constituição de outro fundamento do SUS: a **equidade**.

A garantia de efetivação dos princípios anteriormente observados somente será possível através da **participação social**, que é uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, como participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira; conferindo-lhes legitimidade e transparência.

Esta participação ocorre através dos Conselhos nas suas diferentes instâncias e constitui o **Controle Social** que, de acordo com o Ministério da Saúde, é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação conjunta entre o Estado e a sociedade civil organizada em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos.

A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por canais institucionalizados, dentro dos órgãos do Sistema. Ela é garantida em leis ou normas do SUS, como as conferências municipais, os conselhos municipais, os conselhos gestores ou ainda por meio de reuniões de grupos, por áreas afins como as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada. Assim, esse movimento define-se

como mecanismo de criação de vontade política e se soma aos mecanismos de participação e de gestão.

Os usuários do SUS têm **direito à informação** sobre sua saúde e à divulgação de informações sobre serviços de saúde e a sua utilização. A informação é um direito do cidadão e uma ferramenta decisiva para democratização da gestão da saúde. Dessa forma, é preciso estabelecer comunicação permanente com as comunidades para esclarecimentos sobre ações e serviços de saúde. Para isso, criaram as ouvidorias do SUS, as consultas públicas e as pesquisas de opinião de usuários que permitem esclarecimentos sobre as demandas da população e sua avaliação em relação aos serviços ofertados; democratizando, assim, as informações relevantes para que a população conheça seus direitos, os riscos à sua saúde e promova sua saúde enquanto qualidade de vida. O acesso à informação fortalece a comunidade e muda uma realidade em que

A maioria absoluta dos segmentos populares não tem acesso a conhecimento e informações na mesma proporção do que é produzido a seu respeito e, ainda que tenha contato com estas produções, não tem condições de utilizá-las enquanto instrumento para pensar e agir sobre a realidade na busca de sua transformação para uma nova ordem social, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero (VASCONCELOS,1997, p.132).

No item a seguir abordaremos a organização e regulamentação do SUS, tentando contribuir para uma melhor compreensão da complexidade do Sistema.

### *3.2.2 Organização e Regulamentação do SUS*

A organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS foram detalhadas pela lei nº 8.080, que conceitua o SUS como: “conjunto de ações e serviços públicos de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder publico”. Em seguida, devido aos vetos feitos pelo então presidente da república Fernando Collor de Melo, esta lei foi complementada pela lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, o controle social no sistema de saúde pela criação dos conselhos e a forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

A estrutura institucional e decisória do SUS, hierarquizada e descentralizada, articula-se em três níveis do Poder Executivo (gestor) e integra-se com Colegiados Participativos (conforme figura abaixo). Há comando único em cada esfera de decisão e o controle social é exercido nos Conselhos de Saúde. Articulam-se ambos nas comissões intergestores para a condução e regulação do SUS: a comissão intergestores tripartite e as comissões intergestores bipartites<sup>5</sup> em cada Estado da União. O quadro a seguir ilustra esta organização.

**Figura 1: Estrutura Organizacional e Decisória do SUS**

	<b>Colegiado Participativo</b>	<b>Gestor</b>	<b>Comissões Intergestores</b>
<b>Funções</b>	Condução	Condução Regulação Financiamento Provisão	Condução Regulação
<b>Nível</b>	<b>Órgãos</b>		
<b>Nacional</b>	Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite
<b>Estadual</b>	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Comissão Bipartite
<b>Municipal</b>	Conselho Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	

Fonte: O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança. Washington, D.C.: OPAS, © 2008.

Importante assinalar que, o processo de descentralização dos recursos propostos pelo SUS é regulamentado, em 1991, através Norma Operacional Básica nº 01/91, que apesar de buscar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS (exigência para transferência de recursos) descaracterizou os principais objetivos do SUS. Pois, à medida que os Estados e Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, as tabelas nacionais para o pagamento dos prestadores privados continuou favorecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social - INAMPS, (CARVALHO, 2006). Desta forma reforça-se a ênfase nas atividades medico assistencial hospitalar, na medida em que a referida

<sup>5</sup> Comissão Intergestores Tripartite (CIT): é onde as decisões sobre o SUS no país são tomadas por consenso pactuadas entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) e o controle social correspondente. Comissões Intergestores Bipartites (CIB): é onde as decisões sobre o SUS no país são tomadas por consenso pactuadas entre as duas esferas de governo (municipal, estadual) e o controle social correspondente.



tabela não previa a remuneração de ações promocionais e preventivas, contrariando o princípio da integralidade. Esta forma de controle pode ter provocado a grande fissura no SUS, na medida em que produtividade passa a ser mais importante que qualidade.

Em 1992, foi realizada a IX Conferência de Saúde com o tema: “Municipalização da Saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”. As recomendações da IX Conferência transformaram-se na NOB 93 (Norma Operacional Básica), que estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado na averiguação da viabilidade à execução das mudanças operacionais necessárias, criando diferentes fases para a habilitação dos Municípios<sup>6</sup>, respeitando suas condições técnico-operativas (CARVALHO, 2006).

Em 1996, com a norma, NOB 96, são definidos novos papéis para os níveis Municipal, Estadual e Federal. A política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após anos privilegiando a atenção hospitalar e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

Quanto ao financiamento, das ações em saúde, o art.33 da Lei nº 8080 cita que os recursos financeiros serão oriundos do orçamento da Seguridade Social, e de outros orçamentos da União, além de outras fontes, como: iniciativa privada. Esta falha na regulamentação do financiamento do SUS gerou uma necessidade de emenda constitucional. Sendo assim, vários setores se organizaram e propuseram uma emenda constitucional que fixasse percentuais de destinação dos orçamentos da União, Estados e Municípios para área de saúde. Desde 1996 discutia-se esta questão, porém só em meados de 2000, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional nº 29 (PEC), com as seguintes determinações: para União o reajuste fica atrelado à variação do Produto Interno Bruto; os estados tiveram que gastar no mínimo 7% em recursos para a saúde, o percentual chegou a 12% em 2004; os Municípios também 7% em 1999 e 15% em 2004. Ainda não foi regulamentada, ou seja, não há financiamento claro, contínuo e sustentado para o SUS.

---

<sup>6</sup> A municipalização da saúde consiste na descentralização dos recursos financeiros, das atribuições e responsabilidades do governo federal, que passam a ser de responsabilidade dos governos municipais.

A pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, gera em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar), que em seu Art. 1.º coloca suas diretrizes:

- Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
- Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade;
- Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e
- Procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A atual regulamentação, o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em sua três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão e expressa na essência a necessidade de (re)politização da saúde, ou seja, consolidar o SUS como política pública.

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (PACTO PELA VIDA, 2006, p. 6).

Esse pacto altera várias dimensões do funcionamento do SUS, dentre elas o compromisso da esfera municipal em torno de algumas prioridades sanitárias, como por exemplo: o fortalecimento da rede de atenção básica, a mortalidade infantil e materna, as doenças emergentes e endemias, a promoção da saúde, a saúde do idoso e o câncer de mama e colo do útero. O pacto em defesa do SUS enfatiza o compromisso entre os gestores com os princípios fundamentais do SUS, qualificando e assegurando o sistema como política pública.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. A transferência dos recursos também foi modificada, passando a ser dividida em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde) (MS, 2011).

Concomitante às Conferências Nacionais de Saúde, ocorreram as Conferências Nacionais de Recursos Humanos (1ª e 2ª), realizadas em 1986 e 1993. Aprofundaram a discussão sobre o elemento fundamental para a construção do SUS: a política de recursos humanos, englobando o ingresso no SUS através de concurso público, a elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários, a formação tecno-política e a gestão do trabalho em saúde. A 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1996) avança no tema e estabelece diretrizes para a gestão do trabalho no SUS. Já a 11ª CNS (2000) estabelece os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS).

Neste desenlace histórico, adensaram-se questões sobre a gestão, sendo fundamentais para a implementação do SUS: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos. Este último tópico será contextualizado a seguir.

### *3.2.3 Recursos Humanos na Saúde*

Os recursos humanos são essenciais para a criação da rede de proteção social e “constituem um componente crítico para o desenvolvimento da saúde” (OPAS, 2007). Existe comprovação de que “um aumento de 10% nos recursos humanos para a saúde conduz a uma diminuição de 2% a 5% nas taxas de mortalidade materna, infantil e de menores de cinco anos”.

A adoção pela Organização Mundial da Saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) — nos que a melhoria de diversos indicadores de saúde ocupa um lugar central — colocou em destaque a importância de contar com um número suficiente de recursos humanos qualificados para avançar com maior rapidez. Diversos estudos sobre as possibilidades de atingir as ODM reconheceram que o êxito depende em grande parte dos recursos humanos em saúde (OPAS, 2007).

Os recursos humanos reconhecidos como profissões de saúde, no Brasil, estão organizados pelo Ministério do Trabalho, através da Classificação Brasileira de Ocupações, que relaciona a existência de aproximadamente 40 ocupações na área da saúde e, entre estas, quatorze profissões de nível superior com conselhos federais, conforme quadro abaixo:

**Quadro 1: Legislação sobre a regulação do exercício e a criação dos conselhos de profissão:**

Ocupação	Primeira lei de exercício	Conselhos Federal e Regionais
Medicina	1932	1957
Enfermagem	1955	1973
Farmácia	1932	1960
Odontologia	1931	1964
Veterinária	1968	1968
Química	1934	1956
Serviço Social	1957	1962, 1993(*)
Psicologia		1971
Nutrição	1967	1978
Fisioterapia	1969	1975
Terapia Ocupacional	1969	1975
Biologia		1979
Biomedicina		1979
Fonoaudiologia	1981	1981

Fonte: A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde Versão On Line. Vol 2 nº 1.

(\*) Existe uma lei de que institui um Conselho Nacional de Serviço Social, de 1938. A lei de 1993 muda a denominação de Conselho Federal de Assistente Social para Conselho Federal de Serviço Social.

Das quatorze profissões de nível superior, na área da saúde, encontra-se o Serviço Social, que é uma profissão legítima, inserida na divisão sócio técnica do trabalho com estatuto jurídico reconhecido pela Lei 8.669, de 17 de junho de 1993. Enquanto profissão, não é uma ciência nem dispõe de teoria própria, mas esse fato não impede que seus agentes realizem estudos, investigações, pesquisas, dentre outras ações. Assim, enquanto profissão, o Serviço Social pode se constituir, constituiu-se nos últimos anos, como uma área de produção de conhecimentos, apoiada inclusive por agências públicas de fomento à pesquisa (por exemplo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq (NETO, 1999). Essa profissão tem um compromisso político com a classe trabalhadora e tem

construído um trabalho voltado para a maioria da população. No entanto, nem sempre foi assim.

O Serviço Social surge, no Brasil, em meados da década de 1930, como um instrumento de controle social voltado a amenizar os reflexos da luta do proletariado. Nessa época, a profissão era constituída basicamente por mulheres e suas ações acabavam por responsabilizar os sujeitos atendidos pela precária situação em que se encontravam e acreditavam que uma prática educadora, fundamentada nos princípios cristãos, era a chave para a recuperação da sociedade.

O atendimento, importado de modelos norte-americanos, era individualizado, através de uma assistência educativa adaptada aos problemas de cada pessoa atendida. Os usuários eram basicamente as famílias operárias, em especial as mulheres e crianças. A realização de trabalho da assistente social dava-se por meio de visitas domiciliares, encaminhamentos, distribuição de auxílios materiais e a formação moral e doméstica através de cursos. A saúde para os pobres também era realizada nestes moldes.

Desconhecendo o caráter de classe dos antagonismos sociais, os efeitos desses antagonismos são considerados motivos relevantes para um tratamento sócio-educativo da 'clientela', tratamento esse de cunho doutrinário e moralizador, amplamente haurido no senso comum da classe de origem desses profissionais. O Serviço Social se propõe, ainda, a uma ação organizativa entre a população trabalhadora, dentro do programa de militância católica, contrapondo-se as iniciativas provenientes de lideranças operárias que não aderem ao associativismo católico (IAMAMOTO, 1997, p. 20-21).

Os efeitos da exploração capitalista que atravessaram a sociedade entre as décadas de 1940 e 1960 causaram profundas transformações sociais, agravando a precarização do proletariado. Esses efeitos passaram a ser identificados como problemas sociais que, por si só, justificavam a intervenção do assistente social.

No entanto, gradativamente, as razões históricas dos efeitos que causavam dano à sociedade passaram a ser questionadas por parte da categoria profissional. A reflexão crítica sobre a forma e conteúdo da prática profissional do assistente social foi o embrião para as profundas transformações que viriam nas próximas décadas. Posteriormente, a categoria profissional, diante do clima repressivo e autoritário do da ditadura militar, começou a romper com a sua herança conservadora, cuja identidade era atribuída à benesse.

Desde o final da década de 1970, o Serviço Social Brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras.

Esse processo teve seu marco no II Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em 1979, na cidade de São Paulo, que ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. O Projeto Ético-Político da profissão teve a sua gênese neste evento e avançou nos anos 80. Consolidou-se nos 90 e está em permanente construção, fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora, no seio da profissão, neste início de milênio.

O objetivo da prática social transportava-se, assim, para uma outra dimensão, onde a busca fundamental passava a ser a produção de novas relações sociais, a superação da sociedade capitalista. Sua legitimidade decorria de seu caráter mediador no processo de transformação da realidade, de busca de novas totalizações sociais. Uma nova dinâmica se colocava para exercício profissional, baseando-se no movimento e não na estagnação, na ação coletiva e não na particular, na produção do novo e não na sacralização do instituído (MARTINELLI, 2007, p. 151).

Importa ressaltar que os acontecimentos nos campos políticos e sociais, durante a década de 1980, foram marcantes para a história do Brasil. Visto que, na área da saúde, ocorria o movimento pela Reforma Sanitária e, no Serviço Social, ocorria o Movimento de Reconceituação da profissão, iniciado no final da década de 1970. Curiosamente, ambos os movimentos tinham, como objetivo principal, romper com antigos paradigmas e métodos de trabalho que reproduziam o ajustamento da população precarizada ao seu meio e não visavam a transformação da realidade.

Os movimentos sociais, que proliferaram nessa época, podem ser definidos como ações coletivas que desafiaram as estruturas institucionais, os regimes de governo, os modos de vida e de pensar, as normas e códigos morais e estão intensamente ligados à mudança social. Vários aspectos das sociedades contemporâneas são consequência das ações dos movimentos sociais.

O processo de renovação do Serviço Social Brasileiro, que foi fruto de um movimento de revisão interna da categoria profissional, não estava articulado com outros debates relevantes da época, que também “buscavam a construção de práticas democráticas, como a reforma sanitária” (BRAVO e MATOS, 2006, p. 8). No entanto, segundo Paulo Neto, o Serviço Social engendrou uma massa crítica considerável que permitiu a profissão estabelecer uma interlocução fecunda com as ciências sociais e, sobretudo, revelar quadros intelectuais respeitados, no conjunto do corpo profissional, e em outras áreas do saber. Massa crítica que, segundo o autor, refere-se ao conjunto de conhecimentos produzidos e acumulados por uma determinada ciência, disciplina ou área do saber. A proposta era oferecer uma nova

direção para o exercício profissional junto à população, baseada no método histórico materialista dialético.

Segundo Nogueira, os profissionais da vertente de renovação eram, em sua maioria, professores que pouco atuavam no atendimento direto à população; o que gerou uma lacuna de produção no que se referia às formas de intervenção profissional. “Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho” (BRAVO e MATOS, 2006, p. 8).

Por outro lado, a ruptura com o conservadorismo e a aproximação com o componente dialético permitiu, ao profissional do serviço social, apontar para uma construção do conhecimento autêntica e viabilizada pela criticidade, assumindo-se politicamente e capaz de lutar pela transformação social.

Portanto, o movimento de reconceituação do Serviço Social Brasileiro está intimamente ligado ao movimento de resistência ao sistema capitalista. Não ter recursos financeiros para sobreviver é uma expressão da questão social que está ligada à categoria da contradição, fundada na produção e apropriação de riqueza socialmente gerada: os trabalhadores produzem a riqueza e os capitalistas se apropriam dela.

Foi só a partir do momento em que começou a romper a alienação, a negar identidade atribuída, a recusar os modelos importados, que a categoria profissional conseguiu expandir sua base crítica, produzindo novas alternativas de prática social (MARTINELLI, 2007, p. 151).

A questão social, objeto de intervenção profissional, é um fenômeno que surge na sociedade capitalista como contundente expressão política. Surge no momento em que parte da população sofre um processo de miserabilidade extrema, decorrentes da relação capital e trabalho. Iamamoto define o objeto do serviço social nos seguintes termos:

Os assistentes sociais (A.S.) trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção de rebeldia e da resistência que trabalham os Assistentes Sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2008, p.28)

A procura por respostas que direcionem a própria atuação profissional também pode ser compreendida como uma forma de auto-reconhecimento: o assistente social é um trabalhador sujeito às condições impostas pelo seu

empregador. Também, o fruto de seu trabalho está intimamente ligado à possibilidade concreta de transformar a realidade social, política e econômica do coletivo atendido. Sendo assim, deve ser capaz de lidar com as “contradições históricas”, porém, estar ciente de que ainda “depara-se com a necessidade de ultrapassar as características imediatistas e de subalternidade da ação profissional, presas, até então, às concepções fatalistas e/ou messiânicas. (IAMAMOTO, 2008).

A saúde é a área que mais emprega assistentes sociais no Brasil e, como área vital, também é um campo de atuação multiprofissional, em que diversas áreas do saber desenvolvem processos de trabalhos em espaços comuns. No SUS, novas demandas se colocam para o Serviço Social, como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996) (TONETTO, 2009).

O Conselho Federal do Serviço Social, além da constituição de um código de ética, acompanha a atuação dos Assistentes Sociais na área da saúde e, com o objetivo de contribuir com a categoria, construiu o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Esse material visa ao fortalecimento, à garantia e à ampliação dos direitos conquistados no processo de redemocratização da sociedade brasileira. Diante disso, o documento vem advertir sobre o trabalho do Assistente Social na área da saúde e seu Código de ética.

Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços direitos a população, no planejamento e na assessoria (CFESS, 2010 p.13).

O documento convida o profissional a refletir sobre seu processo de trabalho nos serviços de saúde e descreve a preocupação em relação às competências profissionais, citando exemplos de práticas que denotam a falta de identidade com a profissão.

A primeira é constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitarista. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões subjetivas e tem sido autodenomina pelos seus executores de Serviço Social Clínico (CFESS, 2010 p.13)



Diante disso, o documento orienta o assistente social que atua na área da saúde a pensar e articular suas ações com outros segmentos em defesa do aprofundamento do SUS. Para tal o profissional deve:

(...) formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social a saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (CFESS, 2010 p.14).

Cabe lembrar que o Serviço Social está inserido na Saúde desde a sua gênese, cuja concepção era “totalmente diferente à atualidade – o que fez surgir sob o entendimento de uma “subprofissão” em relação à medicina” (TONETTO, 2009). Desse modo, pode-se dizer que, desde o seu surgimento, a profissão está atrelada à área da saúde, porém, com as diversas variações societárias, inúmeras mudanças na prática profissional também foram instituídas.

A integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (NOGUEIRA E MIOTO, 2006. p.7).

Na saúde, a grande bandeira do Assistente Social continua sendo a implantação do Projeto Reforma Sanitária que traz o conceito ampliado de saúde. “Nessa linha de pensamento, além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas à promoção da saúde” (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.2).

Atualmente ocorre um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde através dos Pólos de Capacitação Permanente e dos Programas de Capacitação e Atualização das categorias Profissionais que compõe o SUS. Tal movimento, vinculado à Política Nacional de Educação Permanente do MS, tem buscado qualificar recursos humanos para atuação nos moldes preconizados pelos princípios e diretrizes do SUS. Em virtude dessa razão, alarga-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões desenvolvendo suas ações em direção ao social. “Fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões” (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.2).

Devido às diferentes habilidades desenvolvidas pelos assistentes sociais em sua formação generalista, ocorre que facilmente o profissional tende a assumir

responsabilidades variadas em seu lócus de trabalho, as quais podem descaracterizar o objeto de seu trabalho. Por isso, faz-se necessário ratificar “a necessidade do trabalho do Assistente Social, sem ferir o projeto profissional que, em muito, se identifica com as ações em Saúde, e mesmo com a garantia da Saúde como direito social legitimado” (TONETTO, 2009, p.37).

No capítulo 5 iremos abordar como esta profissão vem desenvolvendo sua prática na APS no município de Porto Alegre.

### *3.2.4 Estratégia de Saúde da Família: Eixo Estruturante do SUS*

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, resolveu modernizar sua mais importante coleção: os Cadernos de Atenção Básica (CABs). A coleção mudou de nome e passou a se chamar Cadernos de Atenção Primária (CAPs) (MS, 2011).

Para o Departamento de Atenção Básica, ambos os termos têm significados muito semelhantes. No entanto, a terminologia “Atenção Primária à Saúde” representa melhor a proposta da Estratégia Saúde da Família e facilita as traduções para outros idiomas, agregando valor às publicações brasileiras e/ou em português. Utilizaremos, neste trabalho, a terminologia: Atenção Primária à Saúde (APS) (MS,2011).

Na literatura, podem ser encontradas muitas definições para APS, entretanto a mais utilizada é a apresentada pela Organização Mundial da Saúde no artigo “Primeiro Elemento de um Processo”:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e do sistema de serviços de saúde autodeterminação. Ela é parte integral do qual representa sua função central e o principal foco de da comunidade. Constitui-se no desenvolvimento econômico e social primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o contínuo de atenção (OPAS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um “complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população” (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). A APS idealmente deve ser o

primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, utilizando-se dos seguintes atributos: atenção centrada na família com longitudinalidade<sup>7</sup> e integralidade da atenção, eixo estruturante do próprio sistema de saúde e participação comunitária organizada (STARFIELD, 2002).

O esforço dos gestores em fortalecer a Rede de Atenção Primária em Saúde visa à quebra de paradigma do modelo médico assistencial vigente, no Brasil, até a consolidação do SUS. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de promoção e prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Starfield (2002) refere que:

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 148).

A APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O SUS é uma rede complexa de ações e serviços de saúde e está intimamente ligado ao grande capital, representando **12% do PIB e 9 milhões de empregos** do país e está disponível para todo e qualquer cidadão brasileiro (MS, 2011). É o único sistema público de saúde do mundo que disponibiliza desde atendimentos ambulatoriais a transplantes de órgãos, e coloca a Estratégia de Saúde da Família como a estratégia prioritária para reorganização da APS no Brasil, conforme a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. A Estratégia de Saúde da Família (antes PSF), modelo importado de CUBA, é uma das estratégias do (SUS), adotada após 1994, para ordenar as ações de saúde de acordo com sua região para atender as necessidades e demandas em saúde da população das comunidades.

Consideram-se itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família a existência de equipes multiprofissionais (médico de família, enfermeiro,

---

<sup>7</sup> “A longitudinalidade implica na existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo e vínculo da população com sua fonte de atenção refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 157).

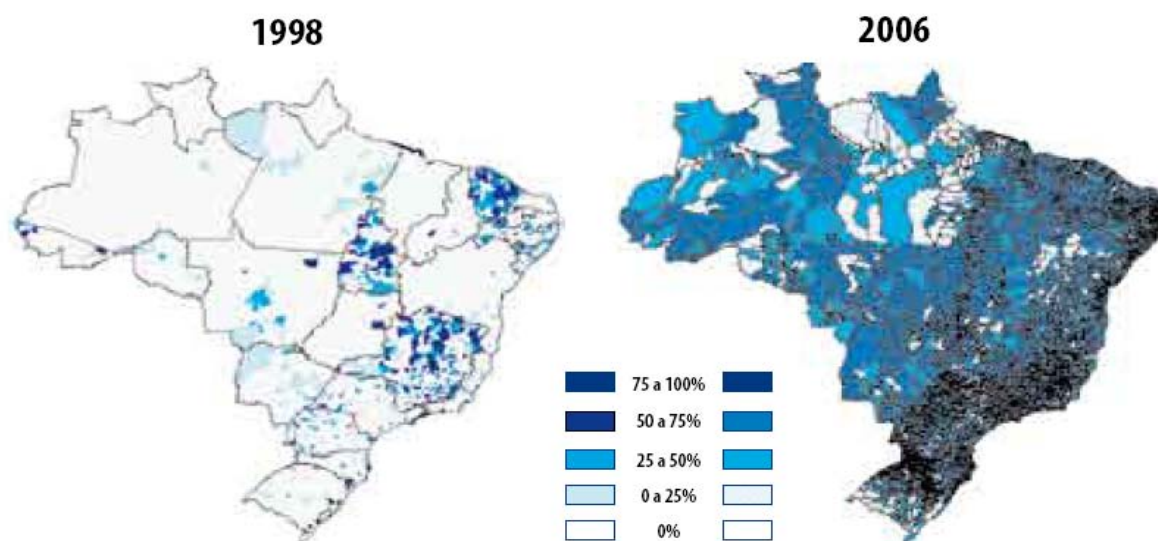
auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários), responsáveis por até quatro mil habitantes com jornada de trabalho de 40h semanais; agentes comunitários de saúde suficientes para atender à população com o ideal de um agente para o máximo de 750 pessoas, sendo que, em cada equipe de saúde da Família, deve contar com cerca de doze agentes comunitários. As equipes devem trabalhar em territórios delimitados, identificados por micro-áreas de risco e desenvolver ações programáticas e ações intersetoriais (MS, 2011).

O objetivo das equipes da ESF é contribuir para melhoria da saúde, da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isso, os técnicos valorizam a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, auxiliando na construção de redes para autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Devem ser características do processo de trabalho das equipes de saúde a atualização dos cadastros das famílias atendidas; o conhecimento e definição precisa do território de atuação da equipe; a realização de diagnósticos e a implementação de atividades que priorizem a solução dos problemas de saúde mais frequentes; a prática do cuidado familiar ampliado, priorizando os processos de saúde-doença; a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe; a promoção de ações intersetoriais, integradas a projetos sociais voltados à promoção da saúde; a valorização dos saberes e a criação de vínculos baseados na ética, confiança e respeito; o estímulo à participação e ao controle social e a avaliação sistemática dos trabalhos desenvolvidos. (MS, 2011)

A figura a seguir ilustra a evolução histórica e áreas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 1998 a 2006, no território brasileiro.

Figura 2: Evolução histórica do PSF

## Compare a evolução histórica do PSF:



FONTE: MS, SAS, Siab

Constata-se que, em apenas nove anos de implantação da Estratégia de Saúde na Família, no Brasil, este serviço proliferou rapidamente, em todo o território nacional, o que corrobora a saúde e a qualidade de vida da população.

Desde a NOB/96, o SUS tem investido em estratégias de promoção e prevenção em saúde que priorizam ações de melhoria na qualidade de vida da população e afirmação do direito à vida e à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe:

que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006)

De acordo com a PNPS, a promoção da saúde implica, principalmente, em mudança de estilo de vida, e pode ser considerada um conjunto de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de qualidade de vida, de acordo com os padrões consolidados na carta magna.

Autoridades mundiais da área da saúde apontam, em estudos, que os sistemas orientados pela Rede de Atenção Básica alcançam melhores resultados em saúde, como maior satisfação dos usuários, maior equidade e menores custos.

Busca-se como resultado menos crianças com baixo peso ao nascer, menor mortalidade infantil - especialmente pós-neonatal -, menor perda de anos de vida por suicídio, menor perda de anos de vida devido a todas as causas, exceto as externas como arma de fogo e acidentes de trânsito, e maior expectativa de vida em todas as idades, exceto aos 80 anos (STARFIELD, 2002).

Para intervir nestes indicadores em saúde, foi criado, em 2007, a Política de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, com o objetivo de integrar as redes do Sistema de Educação e do Sistema de Saúde, mediante a articulação das escolas públicas, unidades básicas de saúde e ESF.

Esta integração possibilita as ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da criança e do adolescente. Em seu artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde. Uma delas é a Avaliação Nutricional, que engloba a importância da alimentação para a saúde (BRASIL, 2007).

## **4 ALIMENTAÇÃO: OFERTAS E ESCOLHAS LIMÍTROFES PARA A SAÚDE**

A alimentação é o primeiro degrau constitutivo da dignidade humana, é como o ar para respirar, crucial para a sobrevivência. Alimentar-se significa muito mais do que comer. O alimento não só satisfaz uma das necessidades básicas, como a fome, mas também constitui um importante estímulo sensorial, visto que tem propriedades que provocam prazer aos órgãos dos sentidos humanos: visão, audição, olfato, paladar e tato (ACOSTA, 2001).

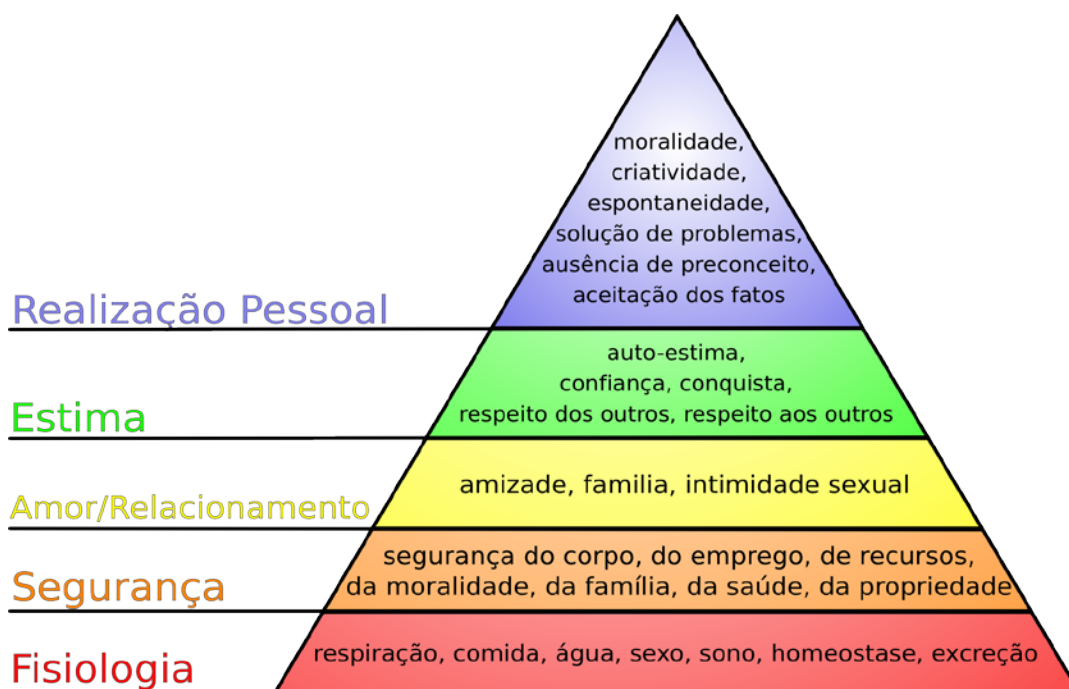
Sem comer adequadamente, nenhuma pessoa é capaz de produzir, de sonhar direitos mais elevados, de se desenvolver. Sem alimentar seu povo nenhuma nação se põe de pé. Só se forma como pátria a nação que acolhe todos os seus cidadãos nos direitos elementares e estimula o desenvolvimento coletivo e inclusivo (MDS, 2011).

No capítulo, será adensado o tema sobre a importância da alimentação. Sabe-se que esse é o tema que ultrapassa as fronteiras da nutrição, envolvendo profissionais de diferentes áreas, na medida em que implica qualidade de vida, sobrevivência, enfim, direito humano.

### **4.1 ALIMENTO: A PRIMEIRA NECESSIDADE**

Segundo Maslow, criador da teoria da motivação humana baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas, entre as cinco hierarquias das necessidades básicas encontra-se, na parte mais básica da pirâmide, a alimentação. De acordo com o autor, só depois da alimentação é que surgem, em graus de importância, outras necessidades, como: moralidade, respeito e família.

**Figura 3: Pirâmide de Maslow**



Fonte: Centro de Desenvolvimento Profissional e Tecnológico. A Hierarquia das Necessidades de Maslow – Pirâmide de Maslow.

Este conceito é utilizado neste trabalho para ressaltar a importância da alimentação para a vida humana, porém, entende-se que essa pirâmide não pode ser estanque e que cada camada interage dialeticamente e atualmente as ações em saúde alimentar se amparam no conceito mais amplo de saúde conforme explicitado no capítulo 2. Esse conceito ampliado de saúde é pensado de forma abrangente e dinâmica envolvendo determinantes e condicionantes sociais, como esclarece Hirai (2009).

O ato de alimentar-se está muito além do fato de ingerir uma quantidade determinada de nutrientes para manutenção da vida biológica. Ele é um ato simbólico dotado de imensas potencialidades para o desenvolvimento social e a afirmação cultural dos homens. Os hábitos alimentares expressam a cultura das populações, suas formas peculiares de organização social, seu modo de pensar, de amar, de viver e até de morrer (HIRAI, 2009, p.14).

A industrialização e a urbanização crescentes implantaram novas rotinas e hábitos na alimentação e através desta também é possível conhecer alguns dos principais hábitos culturais de um povo. Também a globalização gera mudanças substanciais na cultura e na alimentação das pessoas e, conseqüentemente, nas condições de saúde. Há uma crescente oferta de alimentos industrializados (muito



ricos em gorduras, açúcares e sódio) e uma facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos (o que afeta, em especial, as famílias de baixa renda). Necessita-se mensurar constantemente o impacto que os hábitos de alimentação inadequados podem causar a uma população.

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam estados diferenciais de saúde, como demonstra o famoso modelo de Dahlgren e Whitehead. Em outros termos, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez determina as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos.

**Figura 4: Modelo de determinação social da saúde (Dahlgren e Whitehead - 1991)**



Fonte: Relatório final da Comissão sobre determinantes sociais na saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, 2008.

O modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) procura mostrar os fatores envolvidos na determinação social da saúde. As condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, assim como sua vulnerabilidade aos impactos ambientais, estão fortemente influenciadas

pela posição social que ocupam e que pode ser definida por meio de uma série de fatores como renda, escolaridade, gênero, e outras.

A preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais neste processo. Nessa linha de pensamento, além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas a promoção da saúde. Esta, acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p.2).

As transformações sociais, culturais e econômicas produzidas pela sociedade capitalista, no último século, refletem o modo de vida da população. Tais mudanças modulam seu acesso às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente nos padrões de adoecimento.

Conforme observado no capítulo 2, no início do século XX, os males que afligiam a população eram as epidemias causadas por doenças transmissíveis e algumas ainda não foram debeladas, como a dengue, a tuberculose, a malária, dentre outras. Já no século XXI, ocorreram mudanças no perfil epidemiológico das doenças e, hoje, disseminam-se as doenças crônicas não transmissíveis.

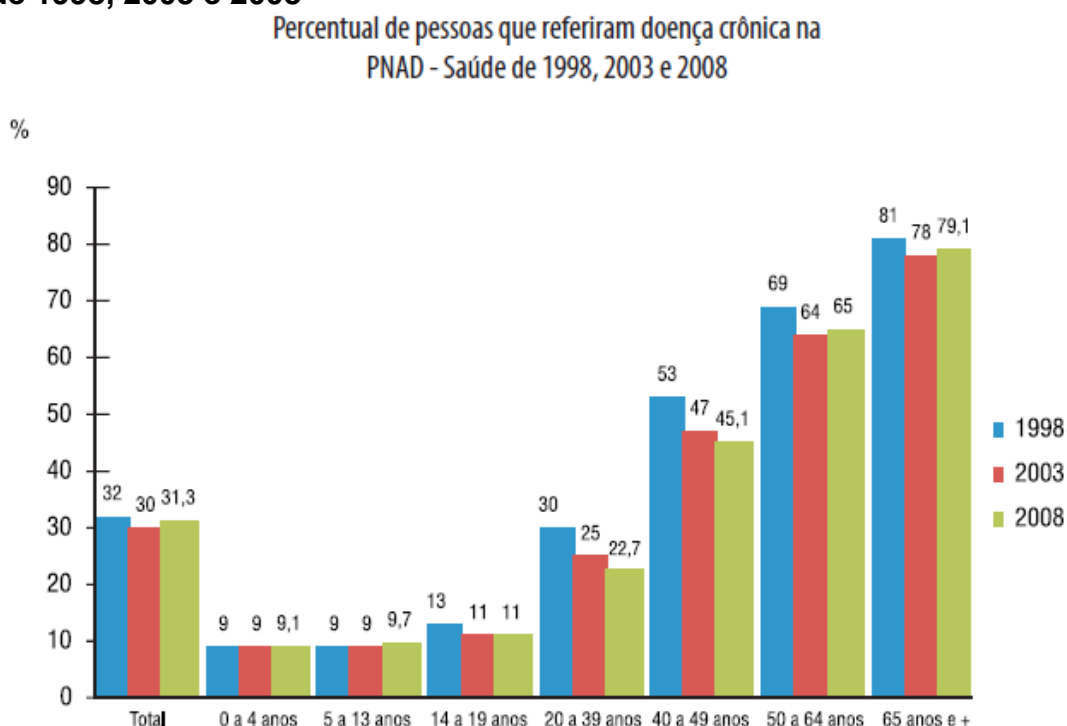
A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (derrame, isquemia), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Os principais fatores de risco têm relação com o estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas), desde o início da vida intra-uterina. Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem, segundo a OMS, sério problema de saúde pública mundial. Estimativas globais indicam que 22% das doenças cardíacas, de 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer (mama, cólon e reto) poderiam ser evitados com a realização de um volume suficiente de atividade física.

A Fundação Mundial de Pesquisa de Câncer estima que 27-39% dos os principais cânceres podem ser prevenidos através de dieta e atividade física. Aproximadamente 16 milhões (1,0%) das mortes no mundo são atribuíveis ao baixo consumo de frutas e hortaliças. O consumo adequado de frutas e legumes reduz o risco para doenças cardiovasculares, câncer de estômago e câncer colorretal. A quantidade de sal na dieta consumida é um determinante importante dos níveis de pressão arterial e risco cardiovascular global. A ingestão de sal inferior a 5 gramas por pessoa por

dia é recomendado pela OMS para a prevenção das doenças cardiovasculares. Há também prova de que o risco de diabetes tipo 2 está diretamente associado ao consumo de gordura saturada e gordura trans e inversamente associado com gordura poliinsaturada de origem vegetal (OMS, 2010, p. )

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE de 1998, 2003 e 2008 demonstraram que a partir dos 40 anos de idade cerca de 50% das pessoas referem ter algum tipo de doença crônica.

**Figura 5: Percentual de Pessoas que referiram doença crônica na PNAD – Saúde de 1998, 2003 e 2008**



Fonte: IBGE, PNAD-Saúde, 1998, 2003 e 2008

Fonte: IBGE, PNAD-Saúde, 1998, 2003 e 2008.

Também considerada um problema de saúde pública mundial, há uma epidemia crescente de indivíduos apresentando excesso de peso ou obesidade, vinculada diretamente às DCNT. O Brasil já apresenta índices preocupantes: cerca de 30% da população adulta pode ser classificada como tendo sobrepeso e aproximadamente 12% da população está obesa, reforçando o reflexo de hábitos alimentares inadequados desde a infância.

Convém ressaltar que os prejuízos causados pela obesidade não se limitam somente aos aspectos biológicos e econômicos, afetando também a psique dos indivíduos e a convivência social. O obeso geralmente é considerado alguém feio e relaxado. Muitas vezes estes fatores estão relacionados com a questão emocional,

desencadeada por fatores físicos e sociais. A pessoa obesa, ao sentir-se desconfortável, busca o consolo na própria comida (BRAZ, 2003).

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e imediatos contribuem para o surgimento da obesidade como uma expressão da questão social. Conforme Mendes:

Para tudo há um remédio. É assim que a sociedade de consumo supre os padecimentos da realidade social da qual todos querem se evadir: o tédio, a inveja e a competição, o desemprego, as decepções românticas, a obsessão pela magreza, a luta contra a obesidade, as pancadarias adolescentes, a depressão, a insônia, a solidão, o medo de adoecer, o terrorismo, etc. A sociedade contemporânea padece de tantos interesses e de tantas preocupações que fica impossível listá-los. O “remédio” do século XXI tem sido o consumo, com o propósito de satisfazer desejos, suprir carências ou de criar coragem para projetar ambições (MENDES, 2007, p. 447).

Os países sofrem de forma muito mais acentuada quando suas possibilidades de garantir políticas públicas, as que alteram positivamente os determinantes sociais de saúde, são menores. Nesse sentido, o Brasil tem constituído políticas públicas de maneira crescente nas últimas décadas, buscando garantir a saúde de forma universal, integral e igualitária para sua população.

O objeto de trabalho do Assistente Social são as múltiplas expressões da Questão Social. Essas compõem a matéria prima da profissão (IAMAMOTO, 2008). Na experiência de estágio, no NASCA, foi possível conhecer e trabalhar com inúmeras situações que expressam as mazelas desta matéria prima e também suas resistências. Foi possível identificar algumas de suas limitações e possibilidades, tanto do campo sócio-ocupacional, como para a própria profissão.

#### 4.2 DIREITO À ALIMENTAÇÃO COM QUANTIDADE E QUALIDADE

A efetivação dos direitos fundamentais tornou-se essencial para garantir qualidade de vida às pessoas. Um desses direitos, que compõe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, é o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), um direito ainda a ser efetivado. De acordo com a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a segurança alimentar concebe que todas as pessoas, em todos os momentos de suas vidas, possam ter acesso físico, social e econômico a uma alimentação regular, segura e saudável.

A constituição federal coloca para os gestores do poder executivo, em seu artigo nº. 200, a atribuição relacionada à segurança alimentar: fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendendo o controle de seu teor nutricional, bem como

bebidas e águas para consumo humano. A Lei Orgânica da Saúde (1990) inclui a alimentação como fator determinante e condicionante da saúde e coloca, como atribuição do SUS, a vigilância nutricional e a orientação alimentar. Cria comissão intersectorial para formular, avaliar e apoiar articulação das políticas e programas envolvendo alimentação e nutrição.

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) é um direito inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis e em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

No Brasil, para a efetivação deste direito, foi criada a Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Essa lei visa garantir o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade com quantidade, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social:

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), instituído pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), é um sistema em construção, que tem como objetivo promover o direito humano à alimentação adequada em todo o território nacional. Trata-se de um sistema público, de gestão intersectorial e participativa, que possibilita a articulação entre os três níveis de governo para a implementação das políticas de segurança alimentar e nutricional (MDS, 2010).

Em 2010, o poder público passou a ser obrigado a informar e monitorar a efetivação desta lei. Para tal, foram estabelecidas regulamentações, dentre elas a criação do Plano de Segurança Alimentar e Nutricional. Encontra-se em fase de elaboração a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Ela regulamentará a LOSAN, dispondo detalhadamente sobre a gestão do SISAN, suas relações e pactos interfederativos e intersectoriais, seus financiamentos, seus parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e seu sistema de monitoramento e avaliação.

Segundo a pesquisa nacional por amostra de domicílios, com o enfoque em segurança alimentar, (2004 a 2009), cerca de 39,5 milhões de pessoas vivem, no Brasil, em situação de insegurança alimentar; isso não significa necessariamente que essas pessoas estejam passando fome, e sim uma limitação de acesso quantitativo aos alimentos. Segundo HIRAI:

Os elementos constitutivos do conceito de segurança alimentar e nutricionais foram se alargando e ultrapassaram o entendimento da alimentação como simples forma de “reposição energética”. Hoje as atenções se voltam para as dimensões sociais, ambientais e culturais que estão imbricadas na origem dos alimentos. Além disso, a garantia permanente de segurança alimentar e nutricional a todos os cidadãos, pela amplitude e abrangência das questões que envolvem, passa a requisitar diversos compromissos, tais como: políticos, sociais e culturais, visando a garantia da oferta e o acesso universal a alimentos de qualidade nutricional e sanitária, observando-se também o controle da base genética do sistema agro alimentar (HIRAI, 2010, p. 11).

O DHAA está previsto entre os direitos sociais da Constituição, desde a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, em fevereiro de 2010. Antes disso, o DHAA já estava implícito em outros dispositivos constitucionais, como o direito à saúde, ao salário mínimo, à assistência social, à educação, à alimentação escolar, à reforma agrária, a não discriminação, à vida, dentre outros (CONSEA).

Portanto, o DHAA se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção. A análise destas definições indica que, quando falamos de DHAA, não estamos falando ‘apenas’ de livrar as pessoas da fome, mas também nos referimos à qualidade e às condições de acesso à alimentação para que ela seja digna e adequada (MS, 2010).

É fundamental destacar que o Programa Bolsa Família (PBF), principal programa do Governo Federal para o enfrentamento à fome, foi responsável por 12% da queda da desigualdade, de acordo com o índice de Gini<sup>8</sup>, nos últimos anos. Tal resultado está associado ao aumento expressivo de sua cobertura, desde 2003, e ao seu grau de focalização, tratando-se de uma renda bastante concentrada aos mais pobres, revelando-se um mecanismo de redistribuição de renda para as regiões mais vulneráveis do país. Dito de outra forma, o programa contribui para a promoção de melhor acesso aos alimentos, na questão da segurança alimentar e nutricional. O programa define, para o setor da saúde, o acompanhamento nutricional e o cumprimento do calendário de vacinação das crianças menores de sete anos de idade, e a realização do pré-natal para as gestantes beneficiárias do Programa. Tais ações, formalmente estabelecidas em Portaria, são as chamadas condicionalidades da Saúde para a implementação do Programa Bolsa Família (MDS, 2008).

Segundo o relatório sobre “A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada – Indicadores e Monitoramento”, pesquisa

---

<sup>8</sup> Índice de Gini é utilizado para medir grau de desigualdade entre indivíduos /renda domiciliar per capita, foi desenvolvido em 1912 pelo italiano Carrado Gini e, por isso, leva o nome do autor.

publicada em 2008, apontou que as famílias declaram gastar a maior parte dos recursos provenientes do Programa com alimentação (87%), chegando a 91% na região nordeste. O aumento da renda, no entanto, não implica na compra de alimentos mais saudáveis, as famílias entrevistadas relataram que estão consumindo mais açúcar, arroz, alimentos industrializados, e uma quantidade insuficiente de verduras e legumes.

O relatório aponta que os indicadores de desnutrição infantil mostraram notável redução entre 1988 e 2009, porém o excesso de peso e a obesidade aumentaram tanto em adolescentes quanto em adultos, inclusive entre os mais pobres, evidenciando a complexidade da insegurança alimentar entre as populações mais vulneráveis.

No campo da saúde, no período de 1988 a 2010, a expansão da Atenção Primária e a implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) reestruturaram a área de alimentação e nutrição no SUS. O SUS, de acordo com sua regulamentação, Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009, em seu artigo 678, define que:

A alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos (BRASIL, 2009).

A promoção de hábitos e alimentação saudáveis para a população é um dos principais instrumentos do Ministério da Saúde para a diminuição das doenças crônicas não transmissíveis. O PSE visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira com a finalidade de promover hábitos de vida saudáveis e considera a escola é um espaço profícuo para ações de promoção em saúde. Seu público, ao qual se destina, alcança, além de jovens, os trabalhadores da saúde, da educação, gestores, dentre outros.

De acordo com a Lei nº 9394 (1996) Art. 1º A educação abrange processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais, portanto além do espaço da escola, mas também nele.

No município de Porto Alegre RS, este trabalho é desenvolvido pelos NASCA's Rede de Atenção Básica junto às escolas públicas do município.

## **5. CONVERGÊNCIA ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL**

Verifica-se neste trabalho, que no início do século XX as políticas de saúde eram voltadas para preservação do ganho econômico das classes dominantes, atingindo pequenos grupos de trabalhadores, com ações reativas aos problemas agudos. Evoluíram para políticas de Estado, ainda com visão unicausal, biologicista e abordagem no indivíduo, onde a instituição pública responsável pela saúde esteve inserida dentro da educação; ocorreu mais tarde a separação institucional, expressa na criação dos Ministérios da Saúde e da Educação e as políticas aprofundaram sua fragmentação. As políticas voltaram a ser integradas no século XXI, quando os movimentos sociais e as instituições ampliaram o conceito de saúde, envolvendo os condicionantes e determinantes sociais e criaram ações da saúde com abordagem multidisciplinar, onde se desenharam políticas específicas para a saúde do escolar.

Há uma reintegração entre saúde e educação como veremos a seguir e o serviço social pode ser o grande agente catalisador deste reencontro, já que o direito a saúde é o direito a vida, assim como o direito a educação também é um direito fundamental e o serviço social tem como diretriz essencial a garantia do acesso a direitos.

### **5.1 SAÚDE E EDUCAÇÃO: HISTÓRIA E POLÍTICAS QUE SE ENCONTRAM**

Historicamente, no Brasil, a Educação em Saúde esteve caracterizada como uma estratégia de controle social por parte das elites e do Estado. Esta forma de controle estava voltada, principalmente, às classes subalternas no sentido de adaptar o indivíduo à ordem vigente por meio de normas de conduta moral, social e de higiene (Oliveira, ET, AL, 2006). A Educação em Saúde tinha como objetivo tornar os indivíduos mais propensos a aceitar suas condições de vida e trabalho e mais aptos a suportá-las (Alves, 2005).

No início do século XX, as práticas educativas, em saúde, eram pautadas por um discurso *biologicista*, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual. Não consideravam, nesse processo, as implicações sociais, as condições de vida e trabalho, dentre outros. Tal discurso propagava que os



problemas de saúde seriam decorrentes do discernimento dos indivíduos para o auto cuidado e que a mudança de comportamento garantiria a resolução deles. (Oliveira, ET, AL, 2006).

Desde o início do século passado, a secretaria Estadual da Educação e Cultura do estado do Rio Grande do Sul iniciou trabalhos interventivos junto às escolas, através da saúde escolar. Em 1930, existia a Inspetoria Médica Escolar que desenvolvia ações exclusivamente voltadas para os professores e para os aspectos físicos da escola. Quase uma década depois (1939), o programa Alimentação Cooperadora da Escola - Sopa Escolar, da mesma secretaria, deu início ao trabalho de assistência ao educando.

Na década de 1940, foi criado o Programa Geral de Assistência Escolar, com a finalidade de adaptar os escolares a seu meio e, assim, garantir o equilíbrio social da sua comunidade. O programa era voltado para o que chamavam de “crianças-problemas (...) de tão variada natureza, que ainda se complicavam pela associação de múltiplos fatores” (BARBIANI, 2006, p. 76). A “natureza” estava relacionada à condição econômica da família, pois a pobreza era compreendida como disfunção social.

A partir dos anos 50, muitas foram as iniciativas e abordagens por parte do Estado, para focar as ações de educação em saúde com a “perspectiva sanitária” no espaço escolar. As ações tinham como objetivo fomentar os cuidados de higiene entre a população escolar, bem como a garantia de assistência médica e odontológica (BRASIL, 2009).

Conforme Barbiani (2008), também eram realizadas abordagens com os estudantes sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os desvios e/ou “déficits” ligados ao comportamento (disciplina do aluno) e capacidade de aprender. Desta forma, percebe-se claramente que o indivíduo não era apreendido em sua totalidade, ou seja, todas as implicações decorrentes do seu contexto material e social eram ignoradas. Com base na idéia de que educar é participar no processo da formação de seres humanos, não apenas no que diz respeito ao seu desenvolvimento intelectual, mas também social físico e emocional, a reflexão de como esta prática vem se desenvolvendo no âmbito escolar, no que se refere à relação entre os setores de Educação e Saúde é fundamental.

Durante a ditadura militar, surgiram as primeiras iniciativas e contestações contra essa forma de Educação em Saúde:

Como reação de educadores e sanitaristas surgiu outros modos de entender o estrito vínculo entre a produção do conhecimento e o viver saudável os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia (MS, 2009, p. 7).

Concomitantemente, na década de 1960, em âmbito nacional, ocorreu uma grande evolução tecnológica, e o Estado procurou investir na instrumentalização da saúde escolar, que adquiriu avanços no campo de conhecimentos e equipamentos a fim de monitorar os agravos de saúde, considerados de risco epidemiológico. Os serviços eram lotados em algumas escolas, que foram equipadas com aparelho de Raios-X e ambulância. Havia serviços de saúde dentro do espaço escolar, mas não necessariamente, articulação entre as políticas ou ações de promoção de saúde.

Na década seguinte, predominou uma visão biológica individual da saúde, realizavam-se exames médicos para a educação física, “com o intuito de encontrar explicações médicas que justificassem o baixo rendimento escolar” (BARBIANI 2006, p. XX). Esse modelo seguiu os padrões hegemônicos e disciplinares da época da ditadura.

De acordo com Barbiani (2008), o Rio Grande do Sul, que estava na vanguarda das ações voltadas para a educação em saúde, no início da década de 1980, implantou o Programa Integral de Saúde Escolar - PISE, através da Divisão de Saúde Escolar (DISE). O PISE foi definido como um programa de saúde comunitária escolar em que o professor, além de agente prestador de serviços, tinha o papel de educador para a saúde e participante do processo social da comunidade escolar. Para respaldar as demandas identificadas pelos professores, deu-se a implantação de um centro especializado, que posteriormente gerou os Centros de Atendimento ao Educando (CAE).

A autora relata que, embora o PISE também utilizasse o modelo organicista, centrado em ações sobre o indivíduo, desenvolvia uma ampla cobertura de ações que, inicialmente, se davam nos espaços formativos e se estendiam até as salas de atendimento especializado. Os aspectos inovadores desse programa compuseram as bases metodológicas utilizadas para a implantação do que, mais tarde, seriam os NASCAS, no que diz respeito ao atendimento, aos encaminhamentos para especialidades médicas e atividades educativas aos alunos e familiares.

O conceito ampliado de saúde, legitimado pela Carta Magna de 1988, norteou as futuras ações da Política de Saúde na Escola (PSE). Assim, iniciou-se o

empenho para romper com o paradigma que culpabilizava o indivíduo pelas suas condições de saúde. O objetivo central passou a ser a promoção da

(...) qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

No início dos anos 90, na capital gaúcha, a Saúde Escolar estava vinculada ao Departamento de Assistência ao Educando e subordinada à Secretaria de Saúde. Conforme Barbiani (2008), nesse período, a direção dos profissionais da saúde seguiu à ruptura com o paradigma anterior. No entanto, práticas simultâneas, de ambos os paradigmas, comungavam lado a lado no exercício profissional, exigindo empenho dos técnicos envolvidos para a materialização das novas diretrizes de trabalho.

Em 1997, ocorreu a municipalização de 96 equipes de Centros de atendimento ao Educando (CAE's), da Secretaria Estadual da Saúde e, em 2001, foram municipalizados os técnicos que passam a ser lotados nos Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA). Sobre o NASCA abordaremos a seguir.

## 5.2 REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO ALEGRE

Porto Alegre já foi considerada uma das cidades com melhor qualidade de vida entre as cidades brasileiras. Em 2003, com mais de um milhão de habitantes, a cidade ocupou o primeiro lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD 2003) e, nas últimas décadas, observa-se uma melhoria em seus indicadores sociais. Um exemplo disso seria a taxa de alfabetização da população porto-alegrense, acima de 15 de anos idade, que caiu de 5% para 3,45% no período de 1991 a 2000. Entre 1991 e 2006, o coeficiente de mortalidade infantil até um ano decresceu de 21,12% para 12,13% (DATASUS, 2011). No entanto, apesar de bons indicadores, a cidade apresenta grandes disparidades entre seus bairros e regiões. Enquanto no bairro Três figueiras, situado na região Leste, o índice de desenvolvimento humano<sup>9</sup> é

---

<sup>9</sup> O IDH varia entre 0 e 1, com a seguinte classificação: Baixo Desenvolvimento Humano (0 a 0,49); Médio Desenvolvimento Humano (0,5 a 0,79) e Alto Desenvolvimento Humano (0,8 a 1). Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/porto\\_alegre\\_desigual.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf)>. Acesso em 10/06/2011.

considerado alto (0,7), no bairro Chácara da Fumaça, na região nordeste, o IDH é considerado baixo (0,45).

A condição de saúde de uma comunidade é determinada por suas características ambientais, pelas características comportamentais da população e de seu senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. Muitos estudos demonstraram que a morbidade se concentra mais entre os socialmente desfavorecidos, resultados identificados em todos os países em que a morbidade foi estudada (STARFIELD, 2002).

Compete à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiada com recursos próprios ou transferida pelo gestor federal e/ou estadual. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESP -, no município de Porto Alegre, é muito aquém do necessário para população, pois, atualmente, conta-se com 101 equipes que atendem a uma população de 229.338 mil moradores da cidade. A planilha abaixo ilustra a capacidade instalada da ESF em Porto Alegre.

**Quadro 2: Sistema de Informação de Atenção Básica Cadastramento Familiar - Rio Grande do Sul.**

Município: Porto Alegre	Período: Jun/2010	
<b>Tipo de Equipe</b>	<b>Nº Famílias</b>	<b>Nº Pessoas</b>
ESF - Equipe de Saúde da Família	66.329	229.378
ESFSB1 - Equipe Saúde Família/Saúde Bucal Modal 1	2.486	7.995
ESFSB2 - Equipe Saúde Família/Saúde Bucal Modal 2	4.482	15.960
<b>Total</b>	<b>73.297</b>	<b>253.333</b>

Fonte: DATASUS Jun/2010

No município de Porto Alegre, os profissionais dos ESFs são contratados por empresas conveniadas, por meio de processo licitatório. Essa forma de contrato não garante estabilidade ao técnico e coloca em risco a continuidade das ações e programas. Um exemplo disso é o histórico de empresas contratadas, no Município de Porto Alegre: só no período de 11 anos foram contratadas três empresas, FAURGS 2000 a 2007, Sóllus 2007 a 2009, Fundação Universitária de Cardiologia 2009 a 2011 (SMS, 2011).

Os recursos humanos para a criação da rede de proteção social no Brasil sofrem atualmente uma restrição imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, promulgada pelo governo Fernando Henrique Cardoso, objeto de discussão até hoje entre os gestores do poder executivo nos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal). Há necessidade de maior participação social para se retirar as restrições e avançar na efetivação do SUS como modelo de direito ao mais alto nível de saúde possível.

A Lei complementar nº 101 conhecida como a Lei de Responsabilidade fiscal, é uma lei brasileira que estabelece normas e regras para a administração orçamentária e financeira da área pública nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Impõe aos governantes limites de gastos, dentre eles a contratação de recursos humanos para os municípios. Tal medida foi criada devido gastos excessivos dos gestores no final de seus mandatos, deixando a conta para seus sucessores. A lei também gerou a transparência dos gastos públicos.

Em virtude desta lei, o município de Porto Alegre fica impedido de contratar através de concurso público o contingente de profissionais necessário para a ampliação da cobertura da ESF. Sendo assim, a Câmara de Vereadores do Município de Porto Alegre, em 2011, aprovou a criação de um Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). O processo seletivo ocorrerá através de provas, porém o vínculo empregatício será com o IMESF e não com o Município. Isto é, os profissionais selecionados não são funcionários públicos.

Em 2001, a gestão municipal implantou os Núcleos de Atenção à Saúde e ao Adolescente (NASCA), com foco na saúde das crianças e dos adolescentes matriculados nas escolas públicas (municipais e estaduais do município de Porto Alegre). Hierarquicamente os Núcleos de Atenção à Criança e ao Adolescente (NASCAs) equivalem em grau de importância à ESF. Desde a sua implantação, em 2001, o município manteve oito NASCAS de Atenção Básica, um por Gerência Distrital e um NASCA Especializado, que atualmente está localizado no IAPI.

Os NASCAS são instituições que abrigam os programas voltados para a saúde escolar e representa a adesão do município de Porto Alegre no Programa Saúde na Escola (PSE) instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Isto porque, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza o incentivo a programas e ações voltadas para a promoção e atenção à saúde.

O NASCA é o serviço de saúde articulado com os estabelecimentos de educação. Essa articulação possibilita cumprir o que preconiza as diretrizes do SUS

com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança e do adolescente. Essa forma de organização busca não repetir a fragmentação que existia na década de 1960.

### 5.3. NASCA LESTE/NORDESTE: UM ESPAÇO DE APRENDIZAGEM

O estágio da acadêmica foi realizado no NASCA Leste/Nordeste, o qual foi criado para atender as necessidades de saúde identificadas em crianças e adolescentes, durante o processo ensino/aprendizagem. Para tal, o serviço realizava ações articuladas entre escolas e serviços de saúde, visando assessorar educadores e pais em questões que colaborassem para o desenvolvimento de hábitos de saúde mais saudáveis, especialmente no que se refere aos aspectos relacionados ao ensino/aprendizagem. A articulação com estabelecimentos de educação possibilitou ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da criança e do adolescente (ASSEPLA).

O NASCA é um serviço de saúde que interage com os estabelecimentos de educação, convergência proposta pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). A equipe multidisciplinar do serviço é composta por um Nutricionista, um Dentista, um Assistente Social, um Pediatra, um Psicólogo. Em sua área de abrangência, gerência distrital Leste/Nordeste, o NASCA é referência para 23 escolas estaduais, 07 escolas municipais, 03 escolas municipais que atendem crianças com deficiência e 11 creches conveniadas à prefeitura municipal de Porto Alegre. Totalizando 31.000 crianças e adolescentes devidamente matriculados nas instituições públicas de ensino da região Leste/Nordeste.

As ações do NASCA são direcionadas para a realização de um diagnóstico da saúde dos escolares. Primeiramente realiza-se uma avaliação das condições de saúde através de uma busca ativa, ou seja, os técnicos do NASCA (Pediatra, Nutricionista e Odontologista) vão até a escola para avaliar as condições físicas dos escolares. Nesse momento são realizadas avaliação da acuidade visual, da saúde bucal, auditiva e nutricional.

Os escolares com algum comprometimento à saúde durante a busca ativa são encaminhados para consultas clínicas, algumas realizadas no próprio NASCA (nutrição e psicologia) e outras realizadas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (otorrino, oftalmo, neurologia, ortopedia, psiquiatria). A escola também é

responsável pelo encaminhamento dos escolares, identificados com dificuldades no processo de ensino e aprendizagem. O encaminhamento ao NASCA é feito pelos professores e orientadores do Serviço de Orientação Escolar (SOE), que ao perceberem dificuldade de aprendizado nos escolares encaminham através de relato suas apreensões sobre o aluno.

Percebe-se que um dos obstáculos enfrentados pelo NASCA é o desenvolvimento do trabalho com os profissionais das escolas, que ainda compreendem a saúde no modelo unicausal, focado no indivíduo e na medicalização. Nos relatos que eram encaminhados pelos professores ao NASCA, havia a preocupação com a busca de cura rápida através da medicação, achando que assim o escolar passaria a comportar-se de forma adequada. Como se pode compreender neste trecho de um diário da autora:

Encaminhamento para avaliação psicológica e neurológica feito ao NASCA por uma escola de sua área de abrangência. Trata-se de um menino de 10 anos, que está no primeiro ano do segundo ciclo (4ª série) segundo o parecer feito pela orientadora da escola, o aluno tem sérios problemas de relacionamento com os colegas e professores, não sabe ler nem escrever, comportamento inadequado, pede muito para ir ao banheiro e beber água, não realiza tarefas, disperso e se auto agride após discussões com colegas, professores e com a mãe. A orientadora relata que o menino já fora paciente do NASCA, mas que parou de comparecer as consultas devido a falta de passagens e ressalta que enquanto o aluno estava tomando medicação conseguia se concentrar mais nas aulas. (RIGHI, 2011, P. 7).

Para atender a demanda nativa dos encaminhamentos feitos pelas escolas a Assistente Social do NASCA Leste/Nordeste realiza atendimento uma vez por semana junto aos professores e uma vez por semana junto aos familiares dos escolares. Com os professores os encaminhamentos feitos pelas escolas eram avaliados e selecionados, pela a assistente social, que após realiza os agendamentos das solicitações junto ao NASCA Especializado HPV. Os agendamentos dão-se conforme disponibilidade de vagas, com critérios de gravidade.

A Assistente Social também é encarregada de efetuar o primeiro contato com a família do escolar para agendar uma entrevista e entregar o documento de referência e contra referência (DRCR)<sup>10</sup>. Por ser a primeira aproximação com o

---

<sup>10</sup> Documento de referência: O primeiro nível encontra-se a atenção primária, que são os Postos de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, no segundo nível, a média complexidade, por exemplo: Os centros especializados de saúde, dentre outros e, no terceiro nível encontra-se a Alta Complexidade, que são os procedimentos mais complexos, por exemplo: transplantes. Os encaminhamentos feitos do primeiro nível para o segundo e do segundo para o terceiro, são as referências e o retorno deste é a contra-referência.

serviço este momento chama-se acolhimento, que visa, através de entrevistas, obter informações referentes às condições econômicas da família e do contexto social em que vivem. O Serviço Social do NASCA Leste/Nordeste tem como objetivo contribuir para o atendimento integral do escolar na rede de saúde. Isto implica ao profissional estar atento ao contexto sócio-econômico no qual o aluno está inserido.

A mãe do encaminhado supracitado compareceu ao NASCA para entrevista com a Assistente Social. Relatou que tem oito filhos, sobrevive com um salário mínimo e BPC de cento e trinta e cinco reais, reside no bairro Chácara da Fumaça, localizado na região nordeste de Porto Alegre, que como vimos neste trabalho é considerado o bairro com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município.

Para dar sequência ao tratamento do filho, serão disponibilizadas passagens para a mãe e para o menino. A Assistente Social entregou para a mãe o documento de referência e contra-referência, o qual deve ser levado pela mãe ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para obter as passagens.

O adolescente vai ser encaminhado ao neurologista e, após, terá acompanhamento psicológico. Mas os fatores que influenciam diretamente na sua forma de viver, como condições desfavoráveis de moradia, de saneamento básico, de educação, de recursos para as passagens para a continuidade de seu tratamento, dentre outras, vão continuar fazendo parte do seu dia-a-dia. A lei nº 8080 ressalta em seu Art. 2 que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e, em seu inciso 2, garantir a saúde - que consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, a fim de reduzir riscos de doenças e de outros agravos - e assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Behring (2004) chama de violência de cima três elementos explosivamente combinados: o desemprego, o exílio em bairros degradantes e a estigmatização da vida cotidiana em geral associadas às dimensões éticas raciais e de gênero. “Violência de cima”, que culminou no encaminhamento do escolar ao Núcleo de Atenção à Criança e ao adolescente (NASCA) leste/Nordeste.

A lei nº 8069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Já para a OMS, a adolescência compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos e caracteriza-se por mudanças



físicas aceleradas na puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos.

Vivemos em uma sociedade que define o indivíduo desta faixa etária de “aborrecente”, utilizando um termo pejorativo e discriminador, ignorando e negando a importância social que este indivíduo tem para a sociedade. O adolescente é um ser crítico, contestador, sobretudo, no que tange às transformações da ordem societária estabelecida.

Importa o questionamento: Um mundo melhor é possível? A resposta é: Sim, mas para tal deve-se cuidar melhor das crianças e dos adolescentes. Percebe-se que a convergência entre a política de saúde com a política de educação, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde corrobora para enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino.

Neste caso, o assistente social deve cumprir um papel de articulador político, mediando com as demais secretarias, ações que visem à redução da vulnerabilidade que se encontra a criança. O assistente social, cada vez mais deve dominar assuntos que há algumas décadas ele não seria requisitado para atender, como gestão, gerenciamento, negociação de recursos financeiros, elaboração de programas e projetos sociais, dentre outros. Contudo, nada disso significa que o compromisso com o usuário perca a sua importância.

Outro fator de extrema importância na contemporaneidade da profissão é o caráter interdisciplinar e a troca de experiências entre as diversas áreas do saber, que também trabalham com as expressões da questão social. O desafio desta forma de trabalho está em preservar as particularidades de cada área profissional e, ao mesmo tempo, preservar as suas diferenças, caracterizando, assim, um processo dinâmico que oferece um atendimento mais integrado e complexo à população.

O NASCA é um espaço extremamente importante, pois realiza o atendimento integral dos alunos através da mediação entre a rede de saúde, as escolas e o atendimento especializado. Para isso, todos os profissionais precisam estar capacitados para perceber, no processo de ensino e aprendizagem, quando e o quanto o aluno pode ser prejudicado. Muitas vezes, o déficit nesse processo está relacionado a questões fisiológicas, ou por questões externas, ou por expressões da questão social que refletem no seu cotidiano, como a violência, a negligência

familiar, a pobreza, e tantas outras. A interface deste serviço de saúde com educação propicia a promoção primária na diminuição dos agravos à saúde dos alunos e à sua reabilitação.

O Serviço Social é uma profissão que interage e transforma a sociedade, à luz de seu código de ética, o qual reforça seu compromisso com a democracia, com a liberdade e com a justiça social. Dessa forma, compete ao Assistente Social garantir o acesso dos usuários às políticas públicas, visando à inclusão social e à proteção dos cidadãos com maior vulnerabilidade social.

Na área da saúde o objeto do Serviço Social passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Sendo assim, “é na implementação de políticas sociais, e, em menor medida, na sua formulação e planejamento, que ingressa o Serviço Social (IAMAMOTO, 2008, p. 203).

Diante disso, o assistente social deve apreender a importância de ações que visem ao fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e dos trabalhadores, na garantia do direito à saúde. Nesse sentido, os Assistentes Sociais devem contribuir para construção de “uma nova ordem social, sem denominação e ou exploração de classe, etnia e gênero.” (NETO, 2006).

O NASCA Leste/Nordeste também é um campo para a inserção dos acadêmicos que realizam estágio através do Programa de Educação e Trabalho PET/SAÚDE. O objetivo do Programa é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como um instrumento para a qualificação, em serviço, dos profissionais da saúde, bem como situações de trabalho e das vivências. O Programa PET-Saúde tem como fio condutor o processo de integração entre ensino, serviço, comunidade e qualificação e o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e da Vigilância em Saúde.

#### 5.4 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO – PET/SAÚDE E ESTÁGIO CURRICULAR EM SERVIÇO SOCIAL: UMA EQUAÇÃO POSSÍVEL

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação na área da Saúde” (BRASIL, 1988). Para efetivá-la, o Ministério da Saúde, que tem como uma das funções prioritárias a

formação de recursos humanos para saúde, criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que têm como objetivos motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação, e um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS.

As responsabilidades da União relativas à Educação na Saúde estão assim definidas, no Pacto de Gestão:

1. Formular, promover e pactuar políticas de Educação Permanente na Saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;
2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à Política de Educação Permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;
3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
5. Propor e pactuar com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

A mudança nas diretrizes curriculares significa mudança no descompasso dos cursos da área da saúde com a política de saúde. Diante disso, visando aprimorar a qualidade dos serviços prestados, busca-se a sintonia entre a formação profissional e o SUS, ou seja, a articulação entre saúde e educação, com vistas a construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, focando na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Este profissional deve estar capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, recuperação, manutenção da saúde e prevenção de agravos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2009).

Os gestores do SUS e as Instituições de Educação Superior (IES) vêm se esforçando para articular Saúde e Educação, a fim de incorporar, no serviço público de saúde, profissionais que corroborem com os princípios estabelecidos pela ESF (Brasil, 2005).

Por conseguinte, o Ministério da Saúde em parceria com a SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, da Secretaria de Educação Superior (SESU) e do Ministério da Educação instituíram o Programa de Educação e Trabalho em Saúde (PET/Saúde). O programa foi lançado pela Portaria interministerial nº. 1.802/08, contemplando os cursos de graduação que integram a área da saúde. O PET-Saúde é um dos programas lançados para sincronizar a direção acadêmica dos cursos da área da saúde com a política de saúde.

No Brasil, no biênio 2010/2011, foram selecionados 461 grupos, contemplando 8.759 bolsistas/mês, entre eles, preceptores, tutores e monitores bolsistas e mais de 8.298 estudantes não bolsistas, totalizando 17.057 participantes/mês.

O projeto PET-SAÚDE da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul aprovou cinco grupos para a edição 2009/2011. Cada grupo é composto por um tutor, seis preceptores e doze alunos bolsistas. Os tutores são professores dos cursos da área da saúde, e os preceptores são profissionais da saúde do distrito leste/nordeste do município de Porto Alegre.

Os bolsistas do PET/Saúde devem cumprir vinte horas semanais de estágio, sendo oito horas de inserção nas unidades de saúde, duas horas no grupo de tutoria e as demais horas estão relacionadas a estudos e pesquisas.

A inserção da acadêmica em formação deu-se no NASCA Leste/Nordeste e no grupo de tutoria da medicina do PET/Saúde. A vivência no grupo de tutoria, composto por diversas áreas do saber, propiciou à acadêmica a ampliação do seu conhecimento sobre as questões de saúde. Neste espaço, foram realizados estudos sobre o SUS com foco na APS, planejamento de pesquisas sobre as condições de saúde da região leste/nordeste e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da região leste/nordeste do município de Porto Alegre.

As capacitações voltadas para os Agentes Comunitários de Saúde da região leste/nordeste foram realizadas no 2º semestre de 2010, e cada grupo de tutoria ficou responsável por uma temática. Coube ao nosso grupo elaborar a capacitação sobre dengue. Devido à constante ameaça de epidemia que assola o Estado durante o verão, a Vigilância Sanitária já havia trabalhado esse tema com os ACS no ano de 2010.

Dentre as dificuldades encontradas pela equipe de tutoria, havia a refração dos ACS em relação ao tema proposto para a capacitação. Sendo assim, refletiu-se

junto à equipe a respeito da possibilidade de os ACS planejarem o conteúdo junto ao grupo. Ocorreram alguns diálogos propositivos com agentes comunitários sobre as dúvidas e sugestões para o trabalho, e o resultado foi uma capacitação interativa e formulada pelos próprios agentes, a partir de suas demandas.

Os grupos de tutoria trabalham em uma proposta interdisciplinar, e o diálogo entre o tutor e os acadêmicos das áreas da enfermagem, farmácia, medicina, odontologia e serviço social segue a lógica da horizontalidade, pois a estrutura não é rígida, verticalizada, em que a comunicação é feita necessariamente de cima para baixo. Todos têm poder de decisão, o que depende da cooperação, confiança e coresponsabilidade. O desafio desta forma de trabalho está em preservar as particularidades de cada área profissional e, ao mesmo tempo, preservar as suas diferenças, caracterizando, assim, um processo dinâmico que visa oferecer um atendimento integrado e complexo à população.

Os componentes do grupo investiram no processo de gestão e planejamento estratégico participativo, que fortifica o trabalho interdisciplinar, pois pressupõe divisão de poder. Conforme Prates (2005), conhecimento e poder pressupõe capacidade de comunicação, decodificação da linguagem técnica, informação, atualização e pesquisa, capacidade estratégica de negociação, reconhecimento do saber popular e da capacidade humana de compreender e aprender, capacidade de dialogar.

O grupo de tutoria, sendo espaço de educação permanente, propiciou à acadêmica a reflexão acerca das ações desenvolvidas pelos acadêmicos em seus campos de inserção nos serviços de saúde da APS da região leste/nordeste do município de Porto Alegre. Também, propiciou uma forma diferente de vivenciar a prática com o incentivo às ações interdisciplinares e intersetoriais, que buscam conhecer a rede de atenção primária como um todo, articulado de ações e serviços de saúde.

Ao dividir com os colegas acadêmicos de outras áreas do conhecimento as experiências vivenciadas em campo de estágio, abriu-se a possibilidade de concretude de ações de matriciamento da rede de saúde, fazendo-se uma intersecção dinâmica e produtiva que visa romper com “linhas verticais de mando e com a velha separação departamental entre as profissões e especialidades” (GASTÃO, 2007 P.3).

Na área da saúde, são usados com freqüência dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços como oficinas, capacitações, treinamentos e cursos

com técnicas modernas. Porém, é possível perceber, no cotidiano, que o processo de trabalho das equipes retorna a um estilo gerencial que limita e constrange a comunicação cotidiana (GASTÃO, 2007).

Segundo Gastão, antigos processos de trabalho seguem a lógica dominante e não aquela defendida na reforma sanitária quando se invocaram esses dispositivos de mudança. O autor, embasado por Marx & Engels, enfatiza que tanto a subjetividade quanto a cultura de uma instituição são socialmente produzidas, e que o significado concreto de qual sejam os deveres e responsabilidades de uma equipe depende também do contexto socioeconômico e político.

O valor de uso da vida humana varia conforme o tempo, o espaço e a classe social das pessoas. O Valor de Uso de um bem ou de um serviço é, em si mesmo, um produto social e histórico. Concluindo, valeria reafirmar que a subjetividade e a cultura das instituições são também influenciadas pelo protagonismo dos grupos; ou seja, são passíveis de mudança por meio da ação humana (GASTÃO, 2007. P. 4).

Conforme o autor, as práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento com os usuários do SUS, por parte das equipes de saúde. Neste sentido, seguindo a sugestão do autor em adotar um novo arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário, a equipe de serviço social do NASCA Leste/Nordeste elaborou um projeto de intervenção, com o objetivo geral de ampliar as ações de promoção e prevenção em saúde sobre alimentação saudável. Tais ações foram desenvolvidas pela equipe de nutrição do NASCA Leste/Nordeste, na escola municipal Chico Mendes, com vistas ao atendimento qualificado e integral dos escolares que apresentam alterações nutricionais (baixo peso, sobrepeso e obesidade). Importa salientar que, neste campo, está foi a primeira vez que os estagiários de serviço social tiveram a oportunidade de realizar um trabalho interdisciplinar com a equipe de nutrição. O fato de os estagiários de ambas as áreas estarem também vinculados ao PET/Saúde corroborou para esta atuação conjunta.

Anteriormente, para a promoção/prevenção em saúde, a equipe de nutrição realizava o diagnóstico (avaliação nutricional) e oficinas pontuais, abordando o tema “hábitos alimentares saudáveis”. Nesse modelo de intervenção não havia o envolvimento das famílias nas ações desenvolvidas. Portanto, estas ações mostravam-se fragmentadas, na medida em que há o entendimento de que a criança não é um ser isolado, mas sim parte de um grupo familiar que também deve ser

envolvido/comprometido a este processo. As famílias dos escolares não eram comunicadas previa ou posteriormente sobre as ações realizadas pelo NASCA, nem em relação às oficinas desenvolvidas junto aos escolares. A fim de modificar esta realidade, o serviço social foi acionado.

A acadêmica de serviço social iniciou uma interface com a equipe da nutrição para operacionalizar as modificações necessárias no desenvolvimento das oficinas e ações junto às famílias. Para isso, foram realizadas reuniões entre as equipes (serviço social e nutrição), a fim de identificar limites e possibilidades de atuação para ambas às áreas.

Ao elaborar a análise institucional<sup>11</sup> - que foi o objetivo da disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social I -, foi possível conhecer, analisar e avaliar as possibilidades de intervenção nesse espaço ocupacional. Esse conhecimento direcionou as ações para a criação de propostas voltadas para o atendimento integral e com qualidade para o escolar. Fez-se necessário entender o todo para intervir nas partes.

Segundo a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1992, os escolares atendidos pelo NASCA são detentores de direitos específicos para protegê-los. Portanto, considera-se de suma importância informar e explicar aos pais ou responsáveis pelos escolares sobre as ações de saúde que seriam desenvolvidas na escola por profissionais da saúde, bem como os diagnósticos e resultados.

A Escola Municipal de Ensino Fundamental Chico Mendes, situada na Comunidade Chácara da Fumaça, na Região Nordeste do município de Porto Alegre, foi escolhida para o desenvolvimento das ações do Projeto de Intervenção da acadêmica, pois a equipe da nutrição já havia iniciado o levantamento nutricional e as oficinas de prevenção e promoção em saúde com os escolares, sem comunicar os pais e ou responsáveis. Dentre as ações do projeto, tinha-se como intenção comunicar aos pais e responsáveis sobre as ações de promoção e prevenção em saúde - como hábitos alimentares saudáveis etc. -, e retornar à família a situação do quadro de saúde das crianças e adolescentes. Tal foi o retorno positivo do trabalho

---

<sup>11</sup> Identificação dos condicionantes e elementos que conformam os processos de trabalho onde se inserem os assistentes sociais, a partir da análise e proposição sobre situações concretas, mediadas em diferentes espaços socio-ocupacionais, âmbitos e níveis de intervenção. Escolha de estratégias interventivas fundamentadas pelas teorias, realização de exercícios, debates e proposições pautadas em diagnósticos e adensadas por teoria e método a partir de situações concretas.

junto aos escolares, que o Projeto de Intervenção da acadêmica tornou-se um Projeto Piloto a ser replicado para todas as escolas atendidas pela equipe do NASCA Leste/Nordeste.

Para justificar essa atividade é importante informar que, recente pesquisa do IBGE mostra que 10,5% dos alunos do último ano do Ensino fundamental de Porto Alegre têm sobrepeso. Uma das atribuições do NASCA é a avaliação do estado nutricional dos escolares e está esta relacionada a diversos fatores, que abrangem a discussão feita até o momento neste trabalho.

Concomitante à avaliação nutricional, a equipe do serviço social decidiu elaborar uma oficina sobre direito à alimentação saudável na saúde do escolar, a qual foi oferecida aos pais, responsáveis e professores pela equipe de nutrição e serviço social do NASCA. O serviço social abordou o conceito mais amplo de saúde proposto pela Reforma Sanitária e adotado pelo SUS. Pretendia-se, com as oficinas, estabelecer movimento reflexivo entre os participantes, a respeito das ações desenvolvidas com os escolares, e o entendimento sobre a mesma. Segundo Alves (2005, p. 40), o modelo de Educação em Saúde “é referido como modelo dialógico por ser, a interação entre os indivíduos, seu instrumento essencial”. Ainda de acordo com a autora, “o usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber que, embora diferente do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços”. O objetivo da educação dialógica não é o de informar apenas para saúde, mas de transformar saberes existentes. “A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde (Oliveira, 2008, p. 120)”.

Os participantes da oficina receberam muito bem a proposta oferecida, houve comunicação interpessoal e intercâmbio de experiências, despertando motivação em todos os envolvidos, observada pela participação na atividade. Os pais ou responsáveis relataram que as crianças conversavam sobre as oficinas de alimentação saudável em casa e afirmaram sobre o sentimento de prestígio que sentiam ao também serem convidados para a oficina. Todos manifestaram interesse em que outras oficinas fossem realizadas. A experiência foi rica para a formação da acadêmica e serviu para mostrar a relevância da utilização do PET/SAÚDE como instrumento integrador entre educação e saúde da comunidade.



Dentre os recursos utilizados no decorrer do desenvolvimento das oficinas, foi utilizada como instrumento pedagógico uma cartilha<sup>12</sup>, contendo informações em saúde, com os 10 passos para alimentação saudável, e a carta dos direitos dos usuários da saúde. Também foi construído um instrumento de avaliação em parceria com a área de nutrição para identificar as crianças com alteração nutricional. Segundo Oliveira (2008), o ambiente educacional como estratégia de promoção da saúde estão às ações de educação, de prevenção e socialização de informação que permitem o conhecimento do processo saúde-doença do indivíduo, numa perspectiva dialógica, crítica e emancipatória.

Neste tipo de trabalho, o envolvimento da família é essencial, pois nada adianta todo o esforço conjunto do NASCA e da escola junto às crianças se, ao chegarem em casa, não tiverem a opção dos alimentos apresentados. Por isso é tão importante se trabalhar tanto com os alunos, nas escolas, quanto com os pais, pois são estes que irão trazer os alimentos para a mesa. E para sensibilizar os pais, foi imprescindível envolvê-los no trabalho.

Em relação à avaliação nutricional, constatou-se a partir do teste antropométrico<sup>13</sup> que dentre as 288 crianças avaliadas, 30 estavam com sobre-peso (obesos) e 4 com baixo peso (desnutrição). A equipe do Serviço Social, após ter acesso aos resultados do levantamento nutricional dos escolares, passou a refletir sobre a necessidade do escolar diagnosticado com alteração nutricional (baixo peso/sobre-peso) passar por uma investigação sobre sua saúde, através de acompanhamento médico, neste caso, pelo pediatra do serviço de saúde de referência.

Para tal, a equipe do serviço social iniciou um trabalho de rede<sup>14</sup> com a família e com os serviços de saúde da região. O primeiro passo foi chamar os pais e ou responsáveis pelas crianças diagnosticadas com desnutrição para comunicá-los a respeito do quadro de saúde das crianças. A articulação foi feita pela equipe do NASCA Leste/Nordeste através da direção da escola com os pais, porém, apenas a mãe de uma criança compareceu à entrevista<sup>15</sup> com o serviço social.

A mãe relatou, durante a entrevista, desconhecer o quadro de saúde de seu filho, e foi orientada a agendar uma consulta com o pediatra no serviço de saúde

---

<sup>12</sup> Anexo A.

<sup>13</sup> Apêndice

<sup>14</sup> Conforme, Faleiros (2008, p.58) destaca que as redes primárias são as relações afetivas familiares, enquanto que as secundárias são institucionalizadas e dizem respeito à socialização. E autonomia do usuário está associada ao acionamento das mesmas.

<sup>15</sup> Anexo B.

referência para a família. Verificou-se que um dos limites para a atuação da equipe no trabalho de rede era o próprio acesso da população à rede de saúde. Pois, conforme relatado por esta mãe e registrado no diário de campo da acadêmica, para a criança receber atendimento na unidade básica de saúde, era necessário dispor de um longo período de tempo de espera em filas, para conseguir fichas de atendimento. De acordo com o diário de campo:

A mãe relatou que trabalha como empregada doméstica, e saía de casa antes dos serviços da rede socioassistencial abrirem (creche, unidade básica de saúde), portanto deixava seus filhos menores aos cuidados dos seus filhos maiores e, por isso, não tinha tempo de ir para a fila, a fim de conseguir ficha para uma consulta. Em relação à alimentação, ela relatou que deixava o almoço pronto, porém as crianças acabavam se alimentando somente de lanches, como: bolacha recheada, salgadinhos, sanduíches, entre outros, pela facilidade, praticidade e disponibilidade de consumo (RIGHI, 2010, p. 4).

O relato acima foi comunicado à Assistente Social (Coordenadora do NASCA Leste/Nordeste), que articulou com a pediatra do NASCA o atendimento dos escolares com alterações nutricionais. Assim, ao invés das crianças se reportarem a Unidade Básica de Saúde ou ESF de sua referência, elas seriam atendidas no NASCA Leste/Nordeste. Ficou combinado que a pediatra iria atender inicialmente as crianças diagnosticadas com desnutrição.

As consultas foram agendadas e as famílias comunicadas da data e local da consulta, mas não compareceram. Diante deste fato, o serviço social do NASCA entrou em contato com as famílias ausentes nas consultas, para saber o que havia ocorrido. A justificativa foi que as famílias residem na região nordeste da cidade e as consultas seriam realizadas na região leste, dificultando o acesso dos pais e responsáveis e da criança até o local da consulta.

Naturalmente, em uma sociedade na qual as pessoas que menos têm acesso à renda para a subsistência são as que mais necessitam trabalhar e acessar a rede pública de saúde. Escolhas devem ser feitas: ou corre-se o risco de atrasos e/ou faltas ao trabalho para permanecer longas horas em filas de espera para o atendimento, ou se desiste de tentar conseguir uma consulta na Unidade Básica de Saúde.

Diante disso, a acadêmica, na tentativa de assegurar aos escolares o atendimento integral com qualidade, elaborou um parecer com o diagnóstico da avaliação nutricional e situação socioeconômica dos escolares, para entregar ao serviço de saúde ao qual o escolar tem vínculo. Este documento foi entregue à nutricionista da Unidade Básica de Saúde Chácara da Fumaça, referência para os

alunos da Escola Chico Mendes. A técnica comprometeu-se em atender os escolares com alterações nutricionais.

Este parecer também foi entregue para a rede de assistência social, com o intuito de reingressar no programa bolsa família a família de um aluno com desnutrição, visto que sua situação econômica interfere no seu quadro de saúde. A baixa frequência escolar resultou na perda do benefício.

As ações elaboradas estavam alinhadas ao arcabouço legal que rege a política de saúde e o serviço social. Fez-se necessário a utilização deste dispositivo para a criação de estratégias que contribuíssem para o atendimento integral dos escolares. Pretendia-se, com isso, a valorização do escolar enquanto agente capaz de ser sujeito do seu processo de ensino/aprendizagem/cuidado.

As reuniões semanais entre as equipes foi outro dispositivo importante, pois além de entrosar a equipe, possibilitou o planejamento das ações. Num período de 12 meses, as equipes se encontraram 28 vezes, dado este verificado através das atas das reuniões que ficam no livro de registro do NASCA.

Nestes encontros, as equipes planejavam as intervenções na escola, elaboravam materiais, discutiam casos, trocavam experiências e pontos de vistas, o que culminou em uma receita de intervenção não convencional, inovadora para o NASCA Leste/Nordeste. Os ingredientes desta receita foram ações interdisciplinares entre a equipe da nutrição e serviço social, professores da escola Chico Mendes e a intersetorialidade entre a educação e a rede de proteção social da região Leste/Nordeste.

Como resultado, o projeto contemplou os seguintes eixos: Interface entre Educação, Saúde e Assistência Social (intersetorialidade), Educação em Saúde através de práticas educativas, Promoção da Saúde, Interdisciplinaridade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento é um processo histórico, vivido por cada pessoa de forma diferente, aonde cada um vai construindo e reconstruindo o seu conhecimento conforme as experiências e subjetividade. Assim, também se deu o processo de conhecimento da acadêmica durante seu período de formação profissional. A experiência de estágio profissionalizante provocou reflexões acerca dos deveres, direitos e responsabilidades que o profissional Assistente Social encontrará em seu cotidiano de trabalho na área da saúde. Dentre eles, destacaram-se o seu dever com o Projeto Ético-Político da profissão, o seu direito de autonomia no seu exercício profissional e a sua responsabilidade e respeito aos usuários.

Durante o processo de estágio curricular a acadêmica optou por ampliar seus conhecimentos acerca da legislação da saúde e encontrou no endereço eletrônico do Ministério da Saúde um arcabouço de informações teóricas fundamentais para nortear a sua prática profissional. Para este trabalho de conclusão de curso utilizou-se para a referência bibliográfica parte significativa de documentos oficiais do governo federal pela sua pertinência e também para a sua socialização com o leitor. Mas isto é apenas o ponto de partida para a colaboração na construção dialética da cidadania plena.

O serviço social atua voltado para o coletivo com um fundamento ético e posicionamento político. Deve contribuir com proposições e com sua postura crítica e reflexiva como um profissional transformador da realidade junto às demais categorias profissionais envolvidas na rede de proteção social.

Importa ressaltar que a atuação dos Assistentes Sociais na Sociedade Brasileira está intimamente ligada à evolução do SUS nos seus mais de vinte anos de existência, contribuindo fortemente para sua consolidação como política pública. Novos desafios estão apontados neste caminhar e deve-se avançar com mais profundidade na inserção da luta pela garantia dos direitos não só da assistência à saúde, mas sim com o entendimento da saúde como um direito humano que fundamenta o sistema político democrático no Brasil.

Para que a demanda resultante das desigualdades geradas pelo sistema capitalista de consumo seja atendida com qualidade e responsabilidade pelos serviços é necessário constante aprimoramento dos profissionais que constituem as redes de proteção social. Particularmente, os profissionais assistentes sociais que

atuam na área da saúde são os agentes catalisadores das políticas públicas, em prol da efetivação do conceito mais amplo de saúde proposto pela reforma sanitária e implantado pelo SUS. A redução das iniquidades em saúde pode ser considerada como um dos grandes desafios da categoria.

Pensar sobre a experiência vivenciada pela acadêmica no NASCA Leste/Nordeste, contextualizar esse lugar nos modos de subjetivação contemporâneos, significou embarcar na multiplicidade de instâncias envolvidas neste espaço e na complexidade que compõe a realidade apresentada. O trabalho com as crianças e adolescentes em pleno desenvolvimento, ainda abertos para a mudança, precisa da participação de todos os profissionais envolvidos.

Torna-se impossível pensar o serviço social operando, na especificidade deste local, unicamente dentro da sala de acolhimento e voltada apenas para o atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias. Pois neste espaço tão fértil, de tantos embates de forças, em que se vê a vida pulsando, buscando passagem, o assistente social precisa implantar práticas capazes de acionar dispositivos que tornem sua especificidade de atuação na área da saúde clara e objetiva. Sem dúvida, ele encontra na PSE uma boa estratégia de intervenção social, pois esta preconiza amalgamar as políticas públicas e utiliza a interdisciplinaridade, a prevenção e promoção em saúde como estratégias para intervir em aspectos que determinam o processo de saúde e de doença da população escolar.

Surge neste contexto um nicho de atuação do Serviço Social. Porém, o número reduzido do contingente de profissionais das mais diversas áreas atuantes na rede de saúde limita a abrangência do trabalho de promoção e prevenção e prejudica o atendimento integral em saúde. Constata-se que, além da necessidade de ampliação dos recursos humanos, há também a necessidade de constante motivação, informação e remuneração adequada aos profissionais.

Quanto ao Serviço Social inserido neste processo de trabalho colocam-se em evidência as iniquidades sociais e o compromisso ético da profissão na busca pela qualidade dos serviços prestados, compromisso guiado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

## REFERÊNCIAS

AB`SABER, A. **(Re) Pensando o Futuro**. Revista Princípios nº. 83, fev/mar, 2006, p. 20 - 22. Editora Anita Garibaldi.

ALVES, V. S. **Um modelo de Educação em Saúde para o Programa da Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. In: Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. [S.l.].v.9, n.16.set. 2004/fev.2005. P. 39-52.

**Atlas Do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal/Secretaria de Coordenação Política e Governança Local; Metroplan; PNUD; Fundação João Pinheiro, 2008.

ARANTES, A. **Meio Ambiente e Desenvolvimento**. Revista Princípios nº. 83, fev/mar 2006, ed. Anita Garibaldi.

BARBIANI, R. **Da sala de aula a sala de atendimento: a produção do usuário do Programa de Saúde Escolar de Porto Alegre**. Tese de Doutorado em Educação – Programa Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal, 1988.

BARICHELO, F. B. **Práticas narradas: comunidade, participação e controle social no SUS**. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3198](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3198)>. Acesso em: 23/04/2011.

BASSANI, V. D. S. **Porto Alegre Desigual: os vários retratos de uma metrópole**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>>. Acesso em: 08/05/2011.

BELIK, W. **Segurança alimentar: a contribuição das universidades**. São Paulo: Instituto Ethos, 2003.

BELLINI, M. I. B. **Universalidade na Política de Saúde do Brasil: Projeto ou Realidade**. Disponível em:<II Congreso anual Red Española de Política Social/REPS -Crisis económica y política s sociales realizado no Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC, Madrid -30 de Septiembre y 1 de Octubre/2010 >. Acesso em: 2/04/2011.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, Lei nº 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. In: **Coletânea de Leis**. 4 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2005. p. 296-319.

BRASIL, Lei nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990 - DOU de 20/9/90 - **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 15/03/2011.

BRASIL, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em 21/04/2011.

BRASIL, Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 - DOU DE 31/12/90. **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**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 15/03/2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Segurança alimentar e nutricional: trajetória e relatos da construção de uma política nacional**. Brasília, DF: MDS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL, Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817)>. Acesso em 20/04/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica. DATASUS**. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A03&item=3>> Acesso em: 19/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Departamento de Atenção Básica. Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. –

(Cadernos de Atenção Básica, n12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-1066-2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n 24) ISBN 978-85-334-1644-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048 de 3 de setembro de 2009. **Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento\\_sus\\_240909.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf)>. Acesso em: 16/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.085 de 1º de dezembro de 2006. Publicada no DOU Nº 231, de 04/12/2006 Seção 1, PÁG. 39/40. **Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085\\_cria\\_planejasus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085_cria_planejasus.pdf)>. Acesso em: 13/03/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família**. Ministério da Saúde.- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56 p.:il (Painel de Indicadores do SUS nº 4),

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). 3ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAZ, M.A. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1. p. 97 – 104, 2005.

BUENO, E. **À sua saúde: A Vigilância Sanitária na História do Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Editora ANVISA, Brasília, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 4 (2):393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em 02/06/2011.



CARVALHO, B. G.; BERGUIO, G.; JR CORDONI, M. L. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil.** Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt%203.pdf>>. Acesso em: 30/03/2011.

Conselho Federal de Serviço Social - **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** CFESS: 2007. Disponível na página eletrônica <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 11 de junho de 2009.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GASPARI, E. **A ditadura derrotada.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

\_\_\_\_\_. **A ditadura escancarada.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GAZZOLA, T. **Contextualização a Trajetória Histórica das Políticas da Assistência Social da Saúde e da Previdência Social.** Material da Disciplina de Questão Social ministrada pela professora Sandra Silveira na Faculdade de Serviço Social. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR, H. CARVALHO, C. L. **A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde Versão On line, vol 2, nº1, Londrina. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em: 05/05/2011.

**Global status report on noncommunicable diseases - 2010,** Switzerland, World Health Organization, 2010.

GODOY, A. L. **A Hierarquia das Necessidades de Maslow – Pirâmide de Maslow.** In Revista On Line Centro de Desenvolvimento Profissional e Tecnológico. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/a-hierarquia-das-necessidades-de-maslow-piramide-de-maslow.html>>. Acesso em: 10/06/2011.

HIRAI, W. G. **Segurança alimentar em tempos de (in)sustentabilidades produzidas.** Tese de doutorado do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas.** Fortaleza, CRESS–CE, Debate n. 6, 1997.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão.** CFESS. Brasília/DF, Fevereiro, 2002.

KOSIK, K. **A dialética do Concreto.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986.

MARQUES, R. M. **Mudanças no mundo do trabalho e proteção social.** In Revista São Paulo em Perspectiva. Nº 04. São Paulo: Fundação Seade, 1995.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação.** São Paulo, Cortez, 2007.

MASLOW, A H. **Motivación y personalidad.** 1ª ed. Barcelona: Sagitario; 1954.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **O que é Previdência Social?** Disponível em:<<http://previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=59>>. Acesso em: 02/05/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dialogando sobre o direito humano à alimentação adequada no contexto do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NETTO, J. P. **Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social** In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). 3ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). 3ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde.** In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). 3ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

OLIVEIRA, D. A.; GUEDES, H. H. S. **Quando A Educação Alia-Se À Saúde: O Desenvolvimento Da Estratégia De Educação Em Saúde Nas Ações Do Núcleo De Atendimento Especializado À Criança Escolar – Neace/Leste 1.** Libertas, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 110 - 138, jan-jun / 2008 – ISSN 1980-8518.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(In) Previdência Social? 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).** Washington, D.C: OPAS, © 2007. ISBN 92 75 72698 1.

PRADO, S. D; GUGELMIN, S. A.; MATTOS, R. A; SILVA, J. K; OLIVARES, P. S. G. **A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios**. Departamento de Nutrição Social, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social.

PORTILHO, F.; CASTAÑEDA, M.; CASTRO, I. R. R. **A alimentação no contexto contemporâneo: consumo, ação política e sustentabilidade**. Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RIGHI, A. S. **Diário de Campo Diário de Campo**. Trabalhos elaborados no estágio de Serviço Social II. Faculdade de Serviço Social- PUC/RS, 2010, mimeo.

RIGHI, A. S. **Análise institucional – Núcleo de Atenção a Criança e ao Adolescente NASCA LESTE/NORDESTE**. Síntese elaborada no estágio de Serviço Social II. Faculdade de Serviço Social- PUC/RS, 2010, mimeo.

RIGHI, A.S. **Projeto de Intervenção – Promoção em Saúde: Alimento para a Vida**. Projeto elaborado no Estágio de Serviço Social II. Faculdade de Serviço Social- PUC/RS, 2010, mimeo.

**RIO GRANDE DO SUS**. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: Ed. SEGRAC, 2002.

SANTOS, A. M. **Sociedade do consumo: criança e propaganda, uma relação que dá peso**. Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação da faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Alegre, 2007.

SOUZA, H. J. **Como Se Faz Análise De Conjuntura**. 31ª Edição. Petrópolis/RJ, Ed Vozes, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TONETTO, V. T. **Processo de Trabalho do Assistente Social: por que estamos nós falando ainda sobre isso?** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

**VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Em Pauta - Revista de Serviço Social da UERJ. N°1 (Nov. 1993). Rio de Janeiro: UERJ,1993.**

## APÊNDICE - DADOS ANTROPOMÉTRICOS

### ESCOLA MUNICIPAL CHICO MENDES

#### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

AVALIAÇÃO REALIZADA EM 2010

<b>TOTAL</b>	<b>288</b>	<b>100,0%</b>
EUTRÓFICOS	192	66,7%
SOBREPESO	47	16,3%
OBESIDADE	42	14,6%
BAIXO PESO	7	2,4%

<b>TOTAL</b>	<b>288</b>	<b>100,00%</b>
EUTRÓFICOS	192	66,67%
SOBREPESO	46	15,97%
SOBREPESO AR	1	0,35%
OBESIDADE	29	10,07%
OBESIDADE ALTO RISCO	13	4,51%
BAIXO PESO	5	1,74%
BAIXO PESO ALTO RISCO	2	0,69%

\* Turma A 22 Não havia crianças com Alteração Nutricional

<b>TURMA A11</b>					
	<b>NOME</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CATEGORIA</b>
1		EUTRÓFICO			
2				OBESIDADE	
3		EUTRÓFICO			
4		EUTRÓFICO			
5		EUTRÓFICO			
6			SOBREPESO		
7					BAIXO PESO
8		EUTRÓFICO			
9			SOBREPESO		
10		EUTRÓFICO			
11		EUTRÓFICO			
12		EUTRÓFICO			
13				OBESIDADE	
14		EUTRÓFICO			
15				OBESIDADE	
16			SOBREPESO		
17			SOBREPESO		
18				OBESIDADE	
	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

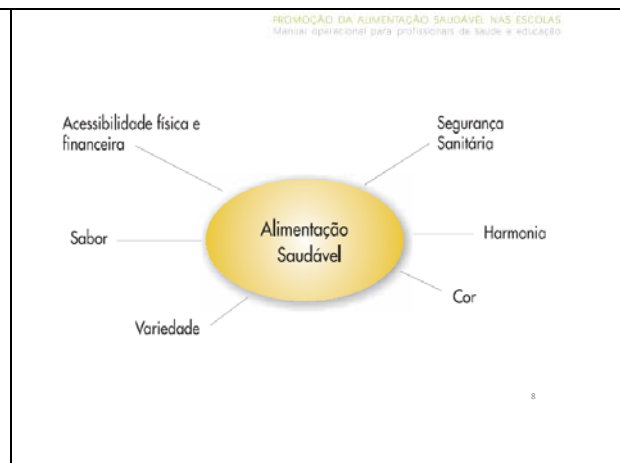
ANEXOS

ANEXO A – Alimentação Saudável e Direito à Saúde. Cartilha distribuída aos alunos da Escola Municipal Chico Mendes

<p>NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE LESTE/NORDESTE (NASCA)</p> <p>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p><b>ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DIREITO A SAÚDE</b></p>  <p>NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL</p>	<p><b>MEDIÇÃO ANTROPOMÉTRICA</b></p> <p>ESCOLA MUNICIPAL CHICO MENDES</p>  <table border="1" data-bbox="1021 604 1228 694"> <tr> <td>TURMAS</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>ALUNOS</td> <td>288</td> </tr> <tr> <td>IDADES</td> <td>DE 6 A 12 ANOS</td> </tr> </table>  <p>2</p>	TURMAS	13	ALUNOS	288	IDADES	DE 6 A 12 ANOS																														
TURMAS	13																																				
ALUNOS	288																																				
IDADES	DE 6 A 12 ANOS																																				
<p><b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="239 985 399 1232"> <p><b>BRASIL</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>BAIXO PESO</td> <td>7,2%</td> </tr> <tr> <td>SOBREPESO</td> <td>16,0%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>73,9%</td> </tr> <tr> <td>OBESIDADE</td> <td>2,9%</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="414 985 574 1232"> <p><b>PORTO ALEGRE</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>BAIXO PESO</td> <td>10,5%</td> </tr> <tr> <td>SOBREPESO</td> <td>20,2%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>64,90%</td> </tr> <tr> <td>OBESIDADE</td> <td>4,4%</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="590 985 750 1232"> <p><b>ESCOLA MUNICIPAL CHICO MENDES</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>BAIXO PESO</td> <td>10,42%</td> </tr> <tr> <td>SOBREPESO</td> <td>20,83%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>67,79%</td> </tr> <tr> <td>OBESIDADE</td> <td>1,04%</td> </tr> </table> </div> </div> <p>3</p>	BAIXO PESO	7,2%	SOBREPESO	16,0%	EUTRÓFICOS	73,9%	OBESIDADE	2,9%	BAIXO PESO	10,5%	SOBREPESO	20,2%	EUTRÓFICOS	64,90%	OBESIDADE	4,4%	BAIXO PESO	10,42%	SOBREPESO	20,83%	EUTRÓFICOS	67,79%	OBESIDADE	1,04%	<p><b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="861 985 1021 1232"> <p><b>BRASIL</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>EXCESSO DE PESO</td> <td>23,2%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>73,9%</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="1037 985 1197 1232"> <p><b>PORTO ALEGRE</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>EXCESSO DE PESO</td> <td>31,7%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>68,30%</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="1212 985 1372 1232"> <p><b>ESCOLA MUNICIPAL CHICO MENDES</b></p>  <table border="1"> <tr> <td>EXCESSO DE PESO</td> <td>31,25%</td> </tr> <tr> <td>EUTRÓFICOS</td> <td>67,71%</td> </tr> </table> </div> </div> <p>4</p>	EXCESSO DE PESO	23,2%	EUTRÓFICOS	73,9%	EXCESSO DE PESO	31,7%	EUTRÓFICOS	68,30%	EXCESSO DE PESO	31,25%	EUTRÓFICOS	67,71%
BAIXO PESO	7,2%																																				
SOBREPESO	16,0%																																				
EUTRÓFICOS	73,9%																																				
OBESIDADE	2,9%																																				
BAIXO PESO	10,5%																																				
SOBREPESO	20,2%																																				
EUTRÓFICOS	64,90%																																				
OBESIDADE	4,4%																																				
BAIXO PESO	10,42%																																				
SOBREPESO	20,83%																																				
EUTRÓFICOS	67,79%																																				
OBESIDADE	1,04%																																				
EXCESSO DE PESO	23,2%																																				
EUTRÓFICOS	73,9%																																				
EXCESSO DE PESO	31,7%																																				
EUTRÓFICOS	68,30%																																				
EXCESSO DE PESO	31,25%																																				
EUTRÓFICOS	67,71%																																				
<p><b>O QUE É SAÚDE?</b></p>  <p>5</p>	<p>PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS Manual operacional para profissionais de saúde e educação</p>  <p>6</p>																																				

**O QUE É ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?**

7



PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS  
Manual operacional para profissionais de saúde e educação

**ACESSIBILIDADE FÍSICA E FINANCEIRA** → Acessibilidade física e financeira: significa que uma alimentação saudável está disponível e não é cara, pois se baseia em alimentos in natura e produzidos localmente.

**SABOR** → ao contrário do que muitas pessoas supõem, uma alimentação saudável é e precisa ser saborosa. Assim, tem o resgate do sabor como atributo fundamental à promoção da alimentação saudável.

**VARIEDADE** → vários tipos de alimentos fornecem diferentes nutrientes, evitando a monotonia alimentar e atendendo às demandas fisiológicas.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS  
Manual operacional para profissionais de saúde e educação

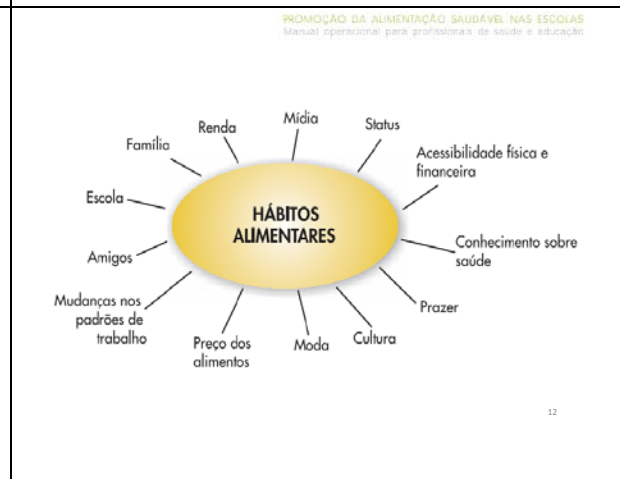
**COR** → uma alimentação saudável é representada por grupos de alimentos de diferentes colorações que, além de rica em vitaminas e minerais, torna a refeição bastante atrativa.












**HARMONIA** → uma alimentação saudável é equilibrada em quantidade e qualidade, dependendo da fase do curso da vida e do grau de atividade física, estado nutricional, estado de saúde e idade e sexo do indivíduo.

**SEGURANÇA ALIMENTAR** → para ser saudável, a alimentação precisa estar livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos. Por isso, medidas preventivas e de controle, incluindo as boas práticas de higiene, devem ser adotadas em toda a cadeia de alimentos, desde sua origem até o preparo para o consumo em casa.

**O QUE SÃO HÁBITOS ALIMENTARES?**

11




<p>UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL É CARA?</p>  <p>13</p>	<p>1 Hamburger + 1 Porção de batata frita + Refrigerante (500 ml) = R\$ 13,00</p>  <p>SÉRIO??</p> <p>Laranja pêra – 3 un. Médias (R\$ 0,92) + Pão integral – 2 fatias (R\$ 0,47) + Queijo mussarela – 1 fatia (R\$ 0,47) + Presunto magro – 1 fatia (R\$ 0,81) + Tomate – 3 rodelas médias (R\$ 0,12) + Alface – 2 folhas médias (R\$ 0,23) = R\$ 3,02</p>
<p>Milk shake – 250 ml R\$ 6,50</p>  <p>Leite desnatado – 150 ml (R\$ 0,36) Banana prata – 1 unidade (R\$ 0,55) R\$ 0,91</p>   <p>15</p>	<p>Pipoca de microondas 100g (1 pacote) R\$ 1,50</p>  <p>Milho para pipoca 100g R\$ 0,38</p>  <p>16</p>
<p>2 litros de refrigerante custam R\$ 3,00</p> <p>Com o mesmo valor você pode comprar...</p> <p>...1,700 kg (12 unidades) de laranja. Você pode comer a fruta ou ainda fazer suco!!!</p>   <p>17</p>	<p>1 hamburger médio do tipo fast-food custa R\$ 5,00</p> <p>Com a metade do preço (R\$ 2,50) você pode saborear</p> <p>...1 sanduíche natural + 200 ml de suco de laranja + 1 copo de salada de frutas</p>   <p>18</p>

<p>2 pacotes de biscoito recheado custam R\$ 3,00</p> <p>Com o mesmo valor é possível preparar</p> <p>Bolo integral de maçã (rendimento de 10 fatias)</p>   <p>19</p>	<p>Salada de batata com maionese custa aproximadamente R\$ 3,00 (porção para 2 pessoas)</p> <p>Com a metade do preço (R\$ 1,50) você pode comer</p> <p>...Salada mista (alface, tomate, cenoura e repolho roxo) (porção para duas pessoas)</p>   <p>20</p>
<p>300g de batata frita R\$ 3,00 (6 colheres de servir)</p> <p>Com o mesmo valor é possível preparar</p> <p>300g de batata sauté (as batatas cozidas e depois douradas na manteiga) (2 unidades médias)</p>   <p>21</p>	<p><b>NA HORA DAS COMPRAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Vá às compras com uma lista;</li> <li>➢ Pegue primeiro os produtos não perecíveis e após os frescos;</li> <li>➢ Selecione as hortaliças e frutas de acordo com a safra, estas são mais nutritivas e estão mais em conta;</li> <li>➢ Fique de olho nos rótulos. Verifique a composição do alimento;</li> <li>➢ Concentre suas compras em produtos in natura, evitando alimentos industrializados;</li> <li>➢ Procure variar suas compras.</li> </ul> <p>22</p>
<p><b>DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</b></p>  <p>23</p>	<p><b>PASSO 1</b></p> <p>AUMENTE E VARIE O CONSUMO DE VERDURAS, LEGUMES E FRUTAS. COMA-OS 5 VEZES POR DIA.</p>  <p>24</p>
<p><b>PASSO 2</b></p> <p>COMA FEIJÃO PELO MENOS 1 VEZ AO DIA, NO MÍNIMO 4 VEZES POR SEMANA</p>  <p>25</p>	<p><b>PASSO 3</b></p> <p>REDUZA O CONSUMO DE ALIMENTOS GORDUROSOS COMO CARNES COM GORDURA APARENTE, SALSICHA, MORTADELA, FRITURAS E SALGADINHOS PARA, NO MÁXIMO, 1 VEZ POR SEMANA</p>  <p>26</p>



**PASSO 4**


**REDUZA O CONSUMO DE SAL. TIRE O SALEIRO DA MESA.**




27

**PASSO 5**


**FAÇA PELO MENOS 3 REFEIÇÕES E 1 LANCHE POR DIA. NÃO PULE AS REFEIÇÕES**




Café da Manhã



Lanche da Tarde



Almoço



Jantar

28

**PASSO 6**

**REDUZA O CONSUMO DE DOCES, BOLOS, BISCOITOS E OUTROS ALIMENTOS RICOS EM AÇÚCAR PARA, NO MÁXIMO, 2 VEZES POR SEMANA.**



29

**PASSO 7**


**REDUZA O CONSUMO DE ÁLCOOL E REFRIGERANTES. EVITE O CONSUMO DIÁRIO.**




30

**PASSO 8**

**APRECIE A SUA REFEIÇÃO. COMA DEVAGAR.**



31

**PASSO 9**

**MANTENHA O SEU PESO DENTRO DE LIMITES SAUDÁVEIS – VEJA NO SERVIÇO DE SAÚDE SE O SEU IMC ESTÁ ENTRE 18,5 E 25,9 kg/m².**


IMC	Classificação
<18,5	Baixo Peso
18,5-24,99	Normal
25-29,99	Sobrepeso
>30	Obesidade

$IMC = \frac{PESO \text{ (em quilogramas)}}{ALTURA^2 \text{ (em metros)}}$

32


**PASSO 10**

**SEJA ATIVO. PRATIQUE PELO MENOS 30 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA TODOS OS DIAS. CAMINHE PELO SEU BAIRRO. SUBA ESCADAS. NÃO PASSE MUITAS HORAS ASSISTINDO TV.**



33

**OBRIGADO!**



34

## ANEXO B - Ficha De Anamnese Da Criança E Do Adolescente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GERÊNCIA DITRITAL LESTE/NORDESTE  
NASCA- Núcleo de Atenção a Criança e ao Adolescente

Rua Nazareth 570-Bom Jesus  
Telefone/Fax: 33813325

PRONTUÁRIO:.....

### FICHA DE ANAMNÉSE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. DADO DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:.....IDADE:.....SEXO:.....NATURALIDADE

ENDEREÇO: .....RESIDE COM:.....

TELEFONE:.....

2. DADOS DA ESCOLA:

NOME DA ESCOLA:.....

ENDEREÇO:

SÉRIE:.....TURMA:.....PROFESSORA:.....

3. FILIAÇÃO:

NOME/IDADE DO PAI:.....NOME/IDADE DA MÃE:.....

4. HISTÓRICO FAMILIAR/PARECER SOCIAL

PROFISSÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:.....

ESCOLARIDADE DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS?.....

RECEBE BENEFÍCIO? QUAL?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. GENETOGRAMA:

--