



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS**

OLGA ELIZA DE ARAÚJO ALVES

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA
E CRANESP (CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO PORTADOR
DE NECESSIDADES ESPECIAIS) DE CAMPINA GRANDE –PB: UMA
INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS**

**CAMPINA GRANDE – PB
DEZEMBRO DE 2014**

OLGA ELIZA DE ARAÚJO ALVES

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA
E CRANESP (CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO PORTADOR
DE NECESSIDADES ESPECIAIS) DE CAMPINA GRANDE –PB: UMA
INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima

**CAMPINA GRANDE – PB
DEZEMBRO DE 2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A474e Alves, Olga Eliza de Araújo
Experiência de estágio no serviço municipal de fisioterapia e CRANESP (Centro de referência em atenção ao portador de necessidades especiais) de Campina Grande –PB [manuscrito] : uma intervenção junto ao grupo de amputados / Olga Eliza de Araújo Alves. - 2014.
34 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Débora Suelle de Miranda Lima, Departamento de Serviço Social".

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Amputados. I.
Título.

21. ed. CDD 362.1

OLGA ELIZA DE ARAÚJO ALVES

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA
E CRANESP (CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO PORTADOR
DE NECESSIDADES ESPECIAIS) DE CAMPINA GRANDE -PB: UMA
INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Artigo aprovado em 09 / 12 / 2014

Banca Examinadora

Débora Suelle de Miranda Lima

Profª. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima
Orientadora (UEPB)

Liélia Barbosa Oliveira

Profª. Ms. Liélia Barbosa Oliveira
Examinadora (UEPB)

Glaucineth C. de Albuquerque Lima

Assistente Social. Ms. Glaucineth Cavalcante de Albuquerque Lima
Examinadora (PMCG)

CONCEITO FINAL: 9,5

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este SONHO, lembro-me de muitas pessoas a quem ressalto reconhecimento, pois, esta conquista concretiza-se com a contribuição de cada uma delas, seja direta ou indiretamente. No decorrer dos dias, vocês colocaram uma pitada de amor e esperança para que neste momento findasse essa etapa tão significativa para mim.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, fonte de vida e libertação, que me embebedou todos os dias no seu amor e me faz acreditar num mundo mais justo, mais humano e mais fraterno, crença essa que me mantém em pé todos os dias da minha vida. Sem Ele, não estaria aqui.

A todos da minha família que, de alguma forma, incentivaram-me na constante busca pelo conhecimento. Em especial em memória aos meus pais Olivia Ferreira e José Alves Caboclo.

A Madrinha Mocinha e Madrinha Josete, por me apresentar a simplicidade e o gosto da e pela vida, inculcando valores sem os quais jamais teria me tornado pessoa, buscando de fato todos os dias, ser mais humana e sensível às necessidades dos outros.

A minha irmã Ozana Élide, grande parte da minha fonte de forças nesta longa trajetória de vida, permanecendo sempre presente na partilha de minhas conquistas e frustrações.

Ao Luciano, homem que adentrou em minha vida e me faz crescer como mulher, como pessoa, como futura Assistente Social, que dentre suas possibilidades me fez enxergar um mundo novo. Espero tê-lo sempre perto de mim, pois ao seu lado não sei o que não pode ser melhor. A você, o meu muito obrigada, mesmo ciente de que quaisquer que sejam as palavras, jamais conseguirão expressar toda a minha admiração por ti.

Aos meus queridos amigos da academia Natali, Keyla, Helenise, Fátima e tantos outros, com os quais pude desfrutar momentos de descontração, aprendizado, motivação e amizade. Obrigada por torcerem por mim e me incentivarem não só na vida profissional, mas em todos os assuntos.

À Universidade Estadual da Paraíba que, pública e gratuitamente, me ofereceu oportunidade de concretizar o Bacharelado em Serviço Social.

A todos os meus professores, desde a minha alfabetizadora tia Odete até os professores da graduação. Suas particularidades nas cruzadas da convivência diária

trouxeram, mesmo que no silêncio, alegrias e confissões que despertaram os meus próprios segredos adormecidos na caminhada formativa à aprendizagem e ao desenvolvimento profissional. Obrigada por me levar à dúvida, à busca de novos encantos pelo mundo adiante.

Agradeço-os imensamente pela contribuição de cada um na minha formação.

A todos os professores do curso de Serviço Social, que fizeram parte diretamente desta minha trajetória acadêmica, pelos ensinamentos que instigaram e fomentaram minhas reflexões e utopias a respeito do Serviço Social, no sentido de buscar a materialização de outro tipo de sociedade que, sobretudo, não abandone o pensamento reflexivo e contestador.

A minha professora orientadora Débora Suelle, pela aceitação de ser orientadora, e por me permitir discutir um tema que me instigava há algum tempo. Sua orientação segura e competente, seu estímulo constante e testemunho de seriedade, permitiram-me concretizar este estudo. Agradeço também pela compreensão de meus limites e ousadias, auxiliando-me com sua imensa sabedoria de forma imprescindível para a elaboração deste trabalho. Foram valiosas suas contribuições para o meu crescimento intelectual e pessoal.

Ao profissional de fisioterapia Eduardo, pela sua abertura e singelo apoio em fazer um belo trabalho de intervenção. As Assistentes Sociais Ana Lucia e Glaucineth Cavalcante, pela paixão à profissão de assistente social. Em especial a Glaucineth, pela dedicada e competente atenção com este trabalho, sempre de maneira muito receptiva e aberta, se prontificou a colaborar com esta temática. Pela oportunidade de participação do estágio obrigatório, momento que foi muito significativo em minha formação, e, sobretudo, pela magnífica convivência e amizade. Sua maneira de ser e estar no mundo, muito contribuiu para minha formação.

Obrigada pela confiança e pelos momentos de apropriação de conhecimento que obtive ao seu lado, acredite esse não será o último agradecimento que farei a sua pessoa, pois lhe serei grata para sempre.

Nesta hora de encerramento de uma etapa muito especial, em que a alegria por estar terminando se junta ao cansaço, torna-se difícil lembrar-me de todos os amigos e colegas que participaram comigo dessa jornada, mas de uma maneira muito sincera, agradeço a todos que de uma forma ou de outra colaboraram para a realização desse TCC.

Meus sinceros agradecimentos!

Em nossa vida, muitas vezes, temos de nos resguardar por algum tempo e começar um processo de renovação. Para que continuemos a voar um voo de vitória, devemos nos desprender de lembranças, costumes, velhos hábitos que nos causam dor. Somente livres do peso do passado, poderemos aproveitar o resultado valioso que a renovação sempre nos traz! (Autor desconhecido)

SUMÁRIO

RESUMO.....	
1. INTRODUÇÃO.....	08
2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS.....	09
2.1. A POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS AMPUTADOS.....	15
2.2. O SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA E CRANESP-PB EM FOCO	19
3. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: INTERFACES COM A ASSISTÊNCIA AOS AMPUTADOS NO CRANESP-PB.....	20
4. EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA E CRANESP DE CAMPINA GRANDE -PB: UMA INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	

EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA E CRANESP (CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO AO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS) DE CAMPINA GRANDE –PB: UMA INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS

OLGA ELIZA DE ARAÚJO ALVES

Resumo: O presente artigo trata-se de um relato de experiência de estágio supervisionado em Serviço Social desenvolvido no Serviço Municipal de Fisioterapia e CRANESP-PB(Centro de Referência em Atenção ao Portador de necessidades Especiais da Paraíba). Este tem por objetivo discorrer sobre a experiência de intervenção junto ao grupo de amputados, que teve como objetivo “promover apoio social e educativo para pessoas que foram submetidas à amputação, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida”. Os aportes teóricos empregados para o desenvolvimento deste estudo foram Bravo (2001), Brasil (2014), Cabral (1995), Iamamoto (2001), Pinheiro (2001), entre outros contundentes autores. A metodologia do projeto foi à realização de oficinas abordando temas relativos à saúde e aos direitos sociais. Os principais resultados obtidos foram: a ampliação dos conhecimentos acerca dos direitos dos amputados, o fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais, uma postura de questionamento dos usuários em relação aos seus direitos, além do fortalecimento das ações educativas no âmbito da saúde. Esperamos com este estudo dar visibilidade a uma questão de extrema importância no âmbito da saúde a atuação do assistente social junto aos portadores de deficiência física.

Palavras-Chave: Serviço Social. Política de Saúde. Amputados.

STAGE EXPERIENCE IN SERVICE HALL OF PHYSICAL THERAPY AND GREAT PLAIN OF -PB CRANESP: AN INTERVENTION TO THE GROUP AMPUTEES

Abstract: This article it is an account of supervised internship experience in social work developed in the Municipal Service of Physical Therapy and CRANESP -PB (Reference Center for Attention to the needs of Paraíba Special Bearer) . This aims to discuss the experience of intervention by the amputee group, which aimed to " promote social and educational support to people who underwent amputation , giving them a better quality of life." The theoretical framework used to develop this study were Bravo (2001) , Brazil (2014) , Cabral (1995) , Iamamoto (2001) , Pine (2001) , among others compelling authors . The project methodology was the holding of workshops covering topics related to health and social rights . The main results were: the expansion of knowledge about the rights of amputees , the strengthening of bonds between users and professionals, users of questioning attitude towards their rights , and the strengthening of educational actions in health . We hope this study call attention to an issue of paramount importance to the health action for social assistance with the physically disabled .

Keywords : Social Service . Health Policy . Amputees .

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é um relato de experiência de estágio supervisionado do curso de Serviço Social da Universidade estadual da Paraíba- UEPB, processo integrante da formação profissional do assistente social, que foi desenvolvido junto aos usuários do Serviço Municipal de Fisioterapia e CRANESP (Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais).de Campina Grande-PB.

Durante a experiência vivenciada, percebemos a necessidade de uma contribuição mais efetiva do Serviço Social junto aos usuários da Fisioterapia, sobretudo, os amputados, que por perderem um membro do seu corpo, são por muitos considerados como “inválidos”, o que provoca um sentimento de angústia e negação da nova condição de vida.

Sendo assim, elaboramos o projeto de intervenção intitulado: “Viver é vencer: apoio social e qualidade de vida a usuários submetidos à amputação na Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF/CRANESP) de Campina Grande-PB”, este teve como objetivo: Promover apoio social e educativo para pessoas que foram submetidas à amputação, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e a metodologia foi com participantes com uso técnica de oficinas temáticas por estas permitirem uma interação entre o ministrante e o participante de forma mais dinâmica.

O relato da experiência adquirida após a realização deste projeto, mediante a depoimentos informalmente, tivemos como resposta, desta ação bem sucedida,cujo, é destacada e considerada de extrema relevância pelos envolvidos no processo, é o que apresentamos neste trabalho, estabelecendo conexões com a política nacional de saúde e a assistência aos portadores de deficiência, bem como com os desafios inerentes ao desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na Saúde e nos serviços específicos para pessoas com deficiência.

A estrutura do artigo apresenta, primeiramente, algumas características da política de saúde em diferentes épocas, iniciando a partir da década de 1930, perpassando do surgimento do SUS no Brasil até o contexto atual. Posteriormente, destacamos as políticas públicas para os amputados.

Dando sequência, apresentamos uma análise da atuação profissional do serviço social na saúde, priorizando e demonstrando as particularidades da ação do profissional

junto à equipe interdisciplinar na área de Saúde e especificamente na assistência aos amputados.

Por fim, abordamos a experiência de estágio curricular obrigatório destacando a realização do projeto de intervenção anteriormente citado e seus principais resultados, além das considerações finais e da referências utilizadas como embasamento teórico para a realização do estudo.

Esperamos com este estudo dar visibilidade a uma questão de extrema importância na política de saúde, que é a atuação do serviço social junto aos portadores de deficiência física.

2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

A sociedade brasileira na década de 1930 passou por grandes transformações históricas marcadas pelo início do processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais, respondendo as reivindicações dos trabalhadores. Após a Revolução de 1930, com a chegada de Getúlio Vargas a presidência, uma série de medidas centralizadoras do poder político foram tomadas. Neste novo regime o governo estabeleceu regras para a organização sindical, permitindo a criação de sindicatos de acordo com as profissões, reformulou o ensino com a criação do Ministério da Educação e promulgou o Estatuto das Universidades Brasileiras (RODRIGUES, 2009).

A área social foi uma das que mais sofreu transformações no novo regime, é quando surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que eram organizações responsáveis pelas aposentadorias, pensões e pela assistência à saúde dos trabalhadores, seu financiamento era mediante as contribuições de cada trabalhador e de seus empregadores e administradores, estes substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), um sistema inicial de Previdência Social criado a partir da Lei Elói Chaves (decreto-lei nº 4.682 de 24/01/1923). A lógica de criação dos IAP's foi diretamente proporcional à importância econômica dos grupos de trabalhadores (RODRIGUES, 2009).

No decorrer dos anos 1940, surgem outras iniciativas na saúde pública, organizadas em torno do Ministério da Saúde, uma delas foi o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que desenvolvia ações básicas de assistência à saúde em

comunidades rurais, sendo, anos mais tarde, transformado em Fundação (FSESP), ampliando-se para ações de saneamento, de água e esgoto nos municípios. Durante este período, a cidadania e os direitos políticos foram ampliados (RODRIGUES, 2009). O citado autor afirma que

O Sesp inicialmente visou contribuir para viabilizar a ampliação da produção de borracha na Bacia Amazônica, a fim de suprir as necessidades da frota de veículos dos aliados na Segunda Guerra Mundial contra a Alemanha nazista.(RODRIGUES, 2009, p. 76).

A esse respeito,

Entre os anos 1945 -1964 quase não houve modificações e os IAP's continuaram realizando as mesmas funções, no entanto, foi percebendo-se que a abrangência destes era limitada, deste modo o governo militar buscou ampliar para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social.

A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, criou a Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

O Decreto nº 48.959-A, de 10 de setembro de 1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social.

A Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960, dispôs sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado à União, autarquias e sociedades de economia mista (BRASIL, 2009).

Sendo assim, a Lei Orgânica da Previdência Social promoveu a unificação dos IAP's em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos, dando lugar, em 1966, a criação Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), neste período também ocorreu a criação de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que está em vigor até os dias atuais, essas políticas foram de grande importância para a classe trabalhadora.

No ano de 1969 o “milagre econômico” ocasionado pela ditadura militar, que apresentou as mais altas taxas de crescimento da história, com enorme expansão da indústria, do capital estrangeiro e também das empresas estatais, propiciou uma ampliação do acesso da população a aposentadoria e assistência médica, estendendo-as no ano de 1971 aos trabalhadores rurais, em 1972 as empregadas domésticas e em 1973 aos trabalhadores autônomos. Em 1977, ocorreu a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) com o principal objetivo de aglutinar toda a

assistência médica prestada pelos diversos órgãos da Previdência Social (RODRIGUES, 2009).

A década de 1970 também foi marcada por lutas sociais em busca de melhorias no âmbito da saúde, dentre as quais se destaca o Movimento de Reforma Sanitária que surge em um momento de crise do regime militar, sinalizando a transição para a democracia. A este respeito, Vargas (2008, p.18) aponta:

O primeiro marco da Reforma Sanitária brasileira foi em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), legítimo representante do movimento sanitário, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde.

Com o fim da Ditadura Militar e o início do processo de redemocratização no país, a população brasileira foi retomando seu espaço no cenário dos movimentos populares, a “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (VITAL 2007 apud BRAVO, 2000, p.54)

A partir década de 1980, todos os movimentos de melhoria da política de saúde buscam uma solução para as problemáticas existentes neste setor, segundo Rodrigues (2009, p.82), “em 1981, inicia-se o processo de reforma da política de saúde com a participação de sanitaristas no corpo técnico do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp)”. Suas principais ações foram à implantação do Sistema Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integrantes de Saúde (AIS). O SAMHPS visava disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada e a AIS promover integração de ações e serviços do Inamps com as do Ministério da Saúde.

Mas, as principais modificação só foram realizadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que propiciou extraordinário avanço no campo dos direitos sociais, inclusive no que tange ao sistema previdenciário. A fundamental repulsão foi à introdução do conceito de seguridade social, que diz respeito precisamente à construção de um sistema de proteção social amplo, alojando as políticas de saúde, previdência e assistência social, idealizado como instrumento imprescindível ao processo de reprodução da força de trabalho e, portanto, das condições de trabalho no

próprio capitalismo, reduzindo as desigualdades econômicas e sociais que imperam no País.

A Constituição Federal adicionou em seu artigo 198 todas as reivindicações realizadas na 8º Conferência Nacional de Saúde, considerada um divisor de águas para a saúde pública brasileira. Dentro desta perspectiva percebemos que:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p.9).

A Reforma Sanitária Brasileira surgiu num momento de intensas mudanças propondo mais que uma reforma setorial, convergindo com a busca pela consolidação da democracia e da cidadania no país deixando de excluir uma parte da sociedade do acesso a saúde.

Com a Carta Magna de 1988 passou a ser dever do Estado garantir saúde a toda população, o que faz surgir o Sistema Único de Saúde – SUS, e posteriormente ser aprovada, na década de 1990, pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre o funcionamento do SUS. O mesmo passa a ser considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, muitas vezes exemplificado como modelo para outros países por amparar-se no conceito ampliado de saúde pública, que a percebe como resultante das questões de moradia, saneamento, educação e lazer da população.

Em uma breve análise da saúde pública no Brasil com dados de 2006, divulgados no Pacto pela Saúde, mostram que o SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil, devido ao SUS, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica (BRASIL, 2010).

O principal impacto político referente à implantação do SUS, diz respeito ao conteúdo da lei nº 8.080/90 que prevê o seu financiamento e teve o projeto original alterado. Inicia-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde de forma pactuada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Esse processo foi orientado pelas Normas Operacionais do SUS, que tinham como objetivo definir critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde.

Início do processo de implantação do SUS foi publicado as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB- -SUS 01/96.

Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS- -SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, como Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/02).

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 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”.

“Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.(BRASIL, 1988, p.01).

No entanto, o SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no país, com o objetivo de universalizar o acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, precisa-se observar o ponto de vista da amplitude de ações que ele engloba, como as de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, buscando a integralidade da assistência no atendimento à população, seja por meio dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, estados e municípios ou por meio dos serviços privados, conveniados ou contratados.

O SUS tem como característica de funcionamento a descentralização dos serviços, sua organização compreende serviços de baixa, média e alta complexidade.

Atenção básica é a “porta de entrada” da população no SUS, com os postos de saúde e as unidades do Programa Saúde da Família etc. Os serviços de média complexidade alocam procedimentos de saúde um pouco mais complexos que os da atenção básica. Incluem tratamentos como, por exemplo, os de cardiologia, pneumologia, neurologia, diagnoses e terapias de médio porte. Já os de alta complexidade compreendem procedimentos que necessitam de recursos tecnológicos mais complexos, como, por exemplo, ressonâncias magnéticas e tomografias. Fazem parte da alta complexidade, também, outros procedimentos, tais como hemodiálises e programas de prevenção de câncer.

Além de apresentar a supracitada estrutura o SUS prevê, além da equidade e integralidade e universalidade das ações: a regionalização na prestação de serviços, considerando o tamanho e as necessidades do território a ser atendido, bem como, os serviços existentes; a descentralização em que cada esfera de governo (União, estados e municípios) tem as suas atribuições específicas no que se refere às ações e à prestação de serviços de saúde à população, a esfera federal repassa algumas funções à esfera estadual que, por sua vez, também faz a transferência de funções à esfera municipal, que possuem a maior responsabilidade em relação à saúde da população, por estarem mais próximos à realidade local, ocorrendo a transferência de responsabilidades .

A população também deve participar da definição da política de saúde e do controle e na fiscalização de sua execução, a Lei 8.142/1990 nos traz uma definição clara e objetiva do que é, e o que representa, o conselho de saúde, estabelecendo que:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL,1990).

No Brasil, após a queda do regime militar, a disputa entre os projetos neoliberal¹ e democrático-participativo² teve grandes embates políticos, econômicos e sociais alongando-se até os dias atuais. Após os anos 1990 acentua-se os ideais neoliberais nas

¹ O projeto neoliberal tinha como interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social, política e democrática (BORLINI,2010, p. 323).

² O projeto democrático-participativo determina ampla atuação política e democrática à sociedade, oferecendo um papel de cogestão à mesma (BORLINI, 2010, p. 323).

políticas econômica e social brasileiras, proporcionando uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital, sobretudo, nos governos de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.

Com a chegada do Luís Inácio Lula da Silva ao poder, a sociedade ansiava por medidas que rompessem com as ideias de privatização, mas seu governo manteve e deu continuidade às medidas neoliberais. A Política de Saúde no Governo Lula é apresentada como “direito fundamental” assim como o compromisso em garantir acesso universal as ações e serviços de saúde, porém, verifica-se que em seu governo a saúde é marcada pela privatização, sucateamento, e precarização do trabalho.

No segundo mandato do presidente Lula, o Banco Mundial apresenta algumas sugestões para “reverter” a situação da saúde pública, o que obviamente, se configura com mais clareza na busca de enquadramento da política de saúde nos padrões neoliberais, visando a redução de gastos públicos, cortes no financiamento e fortalecimento da gestão.

Segundo Bravo e Menezes (2011), o governo Dilma teve como marco inicial a realização de parcerias com o setor privado na área de saúde, assegurando a reciprocidade quanto da utilização dos Serviços do SUS. No entanto em 2006, foi conquistada a autonomia do Conselho do Ministério da Saúde (CNS), que travou duros embates em prol da regulamentação da Emenda Constitucional (EC)29³, e da definição de regras claras em relação ao funcionamento da Saúde. Além disso, as autoras citadas também apontam para as solicitações realizadas ao governo para a consolidação da “atenção à Saúde da Mulher e da Criança”, priorizando a prevenção tratamento, reabilitação e cuidado as mulheres.

O ano de 2011 foi marcado pela implantação do programa “Aqui tem farmácia Popular”, que é resultado de um acordo do Ministério da Saúde com algumas entidades da indústria e do comércio de medicamentos e a Implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAS). Sintetizando, o Governo Dilma detém grande dificuldade em propiciar melhorias na política de Saúde, apresentando traços de avanços e recuos.

³ Emenda Constitucional (CF) 29 Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. acessado em :12/11/2014

No tópico seguinte, iremos discorrer sobre a política de saúde para amputados no Brasil, considerando o contexto histórico e social trabalhado nesta sessão, destacando como esta vem se desenvolvendo no município de Campina Grande-PB.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS AMPUTADOS

Atualmente, assume grande relevância a existência de políticas públicas direcionadas para as pessoas com deficiência, seja na área de saúde, educação, mobilidade urbana, mercado de trabalho, entre outras, tornando-se imprescindível o conhecimento deste público de tais políticas, proporcionando-os o usufruto de direitos, e, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida, bem como, uma participação mais igualitária na sociedade.

No que diz respeito às políticas públicas direcionadas para os amputados, sabemos que existem diversas leis e decretos que visam dar às pessoas com deficiência os mesmos direitos que todos os demais cidadãos possuem, no entanto, colocar as políticas em prática ainda é uma questão relativamente distante da realidade, o que impede que a inclusão da pessoa com deficiência possa ocorrer de forma efetiva nos diversos espaços sociais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, p. 1 apud CUNHA,2002), estabeleceu, no seu artigo 1º, que “[...] todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]” e, no artigo 7º, afirma que “[...] todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei [...]” (1948, p. 2 apud CUNHA,2002), isto é, os referidos artigos consideram o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da sociedade, de forma igual e ineliminável, devendo ter seus direitos protegidos pelo Estado, independentemente de sua condição física.

A Constituição Federal de 1988 aborda sobre os direitos das pessoas com deficiência inserindo-os no marco legal de forma abrangente e transversal. No Capítulo II da Constituição, que trata dos Direitos Sociais, o inciso XXXI do artigo 7º, proíbe qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência. Já o artigo 23, inciso II, prevê que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios tratarem da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia dos direitos das pessoas com deficiência. E, ainda o artigo 24, inciso XIV, define que é competência da União, dos Estados e do Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a proteção e integração social das pessoas com

deficiência. A reserva de percentual de cargos e empregos públicos para pessoas com deficiência é tratada no artigo 37 (BRASIL, 1988).

No Brasil a Constituição Federal de 1988 também veio legitimar um novo sistema de saúde, trazendo significativas mudanças, dinamizando um sistema, anteriormente, restrito e ineficiente para o atendimento à população brasileira. A saúde passa a ser então, um direito de todos os cidadãos e dever do Estado com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, por sua vez, devem integrar uma rede organizada e hierarquizada, constituindo assim o SUS (BRASIL, 1988).

Entretanto, levando para situação em foco neste estudo vemos que,

Na seção dedicada à Saúde, o texto constitucional define saúde como um direito de todos e dever do Estado e garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os termos “habilitação” e “reabilitação” das pessoas com deficiência surgem na seção da Assistência Social, artigo 203, assim como a promoção de sua integração à vida comunitária. Essa seção trata ainda do benefício de um salário mínimo mensal para as pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família. Nesse sentido, na Constituição Federal de 1988, direitos básicos e essenciais foram formalizados, mas medidas de caráter assistencialista foram mantidas. Esse viés assistencialista esteve bastante presente nas políticas públicas brasileiras e ainda persiste em algumas áreas. Entretanto, paulatinamente, essa visão tem sido substituída por maior valorização da autonomia e independência da pessoa com deficiência (BRASIL, 1988, p. 17-18).

Quando nos referirmos à políticas públicas para amputados, devemos considerar que ocorre um grande debate acerca em especial da definição do que seja deficiência física, constituindo-se em um processo muito complexo, de acordo com Mattos (2005, p. 171) esta seria “Insuficiência orgânica ou mental. / Defeito que uma coisa tem ou perda que experimenta na sua quantidade, qualidade ou valor”. Este conceito é subjacente e muito relativo, pois somos seres humanos e temos características diferentes uns dos outros.

Neste sentido,

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica „deficiência “ como uma diferença na organização estrutural, psicológica e fisiológica do organismo (exemplo: a ausência de um dos membros inferiores)”. A incapacidade “ como sendo a consequência funcional da deficiência, de modo a não

realização de tarefas do cotidiano”. E desvantagem “ é o termo que diante dessas situações, mostra o despreparo da sociedade em relação à acessibilidade e à aceitação das necessidades especiais para que as pessoas com deficiência física alcancem um determinado desempenho social” (BRASIL, 1993:20).

O conceito de deficiência tem modificado ao longo dos tempos, em decorrência das mudanças na sociedade como também pelas conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiências, junto aos conceitos há também mudanças na forma de denominar estas pessoas (BRASIL, 2009).

A maioria das pessoas com deficiências até meados da década de 50 eram consideradas como inválidas, inúteis, sem valor perante a sociedade, por apresentar uma condição diferente da dita “normal”, sendo assim excluídas dos processos sociais, sobretudo na sociedade capitalista neoliberal de face heterogênea na qual quem não oferece lucro é descartado. Por muitos anos estes foram denominados como: incapacitados, defeituosos, deficientes, excepcionais ou portadores de deficiências. Atualmente, tais palavras são consideradas de uso errôneo, devendo ser expressa da seguinte forma: “Pessoas com necessidades especiais”.

No Brasil, os primeiros discursos em relação aos direitos deste público ocorreram na década de 1960, muitas discussões foram levantadas em relação à pessoa com necessidades especiais, visto que demandavam questões políticas, econômicas e sociais.

Segundo escritos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o direito que respalda as pessoas com deficiência, está considerado na Constituição Federal de 1988, que determina como competência das três esferas do governo, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia de direito das pessoas portadoras de deficiências. Ao longo dos anos esta questão vem sendo amplamente discutida e regulamentada através de outros instrumentos legais, com realce para as Leis nº 7.853/89 (refere o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social); nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); nº 10.048/00 (situa prioridades ao atendimento); nº 10.098/00 (origina critérios para promover a acessibilidade); os Decretos nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00); e a Portaria nº 10.060/2002 (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que abrange o detalhamento para as ações tanto no Sistema Único de Saúde – SUS como nas diversas instâncias governamentais e não governamentais).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 10.060/2002) tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, colaborando para a sua inclusão total na vida social, e proteger a saúde deste grupo populacional, como também evitar agravos que ocasionem as deficiências. As diretrizes que norteiam a política para implementação nas três esferas de gestão e as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2009, p. 26).

No que se refere as pessoas amputadas, das quais é retirada a extremidade de um membro por meio de cirurgias por motivo de doença crônica ou acidentes, tendo como funcionalidade controlar a dor ou a doença do membro afetado, é preciso compreender e considerar este processo não como o fim ou simplesmente a perda de um membro que conseqüentemente irá gerar incapacidades e sim considerá-lo como o princípio de uma nova fase, pois se de um lado houve a perda de um membro e a alteração da imagem corporal, do outro eliminou-se o perigo da perda da vida, ou se deu alívio a sofrimentos intoleráveis, tornando ainda possível maior liberdade de ação.

No cotidiano dos serviços de saúde, a amputação de membros inferiores continua a ser um problema enfrentado pelos profissionais desta área. A este respeito, amputação parte de um procedimento avaliado como reconstrutivo para aperfeiçoar a qualidade de vida dos usuários, sendo indispensável uma ponderação criteriosa da equipe multidisciplinar antes de sua realização, pois, trata-se de procedimento que exige importantes adaptações na vida das pessoas, entre elas a aceitação da mudança permanente da sua autoimagem, alteração da mobilidade física e/ou da capacidade de realizar atividades diárias, podendo interferir nas esferas social, emocional e até mesmo econômica.

2.2 O SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA E CRANESP-PB EM FOCO

Em Campina Grande, cidade situada no interior da Paraíba, que possui cerca de 385,213 habitantes de acordo com o censo do IBGE de 2010 assinalado uma estimativa populacional em 2014 cerca de 402,912 habitantes. O Serviço Municipal de Fisioterapia e CRANESP-PB (Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais) oferece atendimento a pessoas portadoras de necessidade especiais da

localidade e de municípios circunvizinhos. Inicialmente, foi criada em 1994 a Unidade Municipal de Fisioterapia, serviço de média complexidade que situava-se no prédio da antiga Casa de Saúde Doutor Francisco Brasileiro na Rua Siqueira Campos, nº 605, no Bairro da Prata. No mesmo prédio ficavam localizados outros serviços de saúde do município. No mês de Abril de 2014 o Serviço Municipal de Fisioterapia foi transferido de local passando a funcionar no Hospital Dr. Edgley que fica no bairro do José Pinheiro, no setor da antiga pediatria.

O atual Serviço Municipal de Fisioterapia é composto pela Unidade de Fisioterapia que trabalha a parte motora e pelo CRANESP que trabalha a parte neurológica. O Serviço tem administração própria e é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como coordenador o fisioterapeuta Luciano Medeiros, também conta com uma equipe de profissionais formada por 42 fisioterapeutas, 04 psicólogas, 03 fonoaudiólogas, 01 psicopedagoga, 02 assistentes sociais, 06 funcionários de apoio, 04 recepcionistas e 01 digitador.

Os serviços funcionam de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 18h00min. O mesmo atende a um público contínuo, encaminhado pela rede de saúde e com retorno pré-programado. O atendimento funciona da seguinte maneira: o usuário chega ao serviço encaminhado de outra unidade de saúde, passa pela triagem do Serviço Social, que é a porta de entrada do serviço, a partir disto é feito o encaminhamento para o profissional de fisioterapia, de acordo com o quadro de vagas, caso não haja vaga, o usuário ficará numa lista de espera aguardando ser chamado. Após avaliação do fisioterapeuta, este profissional marcará o dia de início do tratamento. Como o Serviço tem uma demanda muito alta, se o paciente tiver três faltas consecutivas sem justificativa, este perde a vaga sendo substituído pelo primeiro nome da lista espera.

O CRANESP foi criado em 2006, 12 anos após a instalação da Unidade Municipal de Fisioterapia, com o objetivo de prestar assistência de forma interdisciplinar aos portadores de necessidades especiais, visto que o número de pessoas com necessidades especiais cresce diariamente e estes necessitam de uma assistência integral e igualitária. Este serviço é uma especialidade dentro do Serviço Municipal de Fisioterapia e contempla crianças e adultos que apresentam doenças ou distúrbios neurológicos.

Sabemos que a UMF/CRANESP são considerados referência do município neste tipo de assistência, sobretudo por ser conveniado ao SUS e oferecer atendimento gratuito, inclusive aos amputados, que são assistidos por uma equipe interdisciplinar.

Dentro desta equipe destaca-se o assistente social, profissional responsável pelo acolhimento do usuário no serviço e que tem desenvolvido papel preponderante para a efetivação do atendimento a estes. No capítulo subsequente, abordaremos a contundência do profissional de serviço social mediante seu papel fundamental na saúde e em especial nos serviços supracitados, demarcando seus compromissos éticos-políticos.

3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: INTERFACES COM A ASSISTÊNCIA AOS AMPUTADOS NO CRANESP-PB

No Brasil, a saúde foi à área que mais absorveu o profissional de Serviço Social a partir da década de 1940, tendo como base a doutrina social da Igreja Católica⁴, neste período o assistente social atuava numa perspectiva higienista⁵ e de enquadramento da população.

A partir da década de 1960, em plena ditadura militar, o Serviço Social passou por um período de renovação profissional, no qual sai de cena o neotomismo e teorias como o positivismo, a fenomenologia e marxismo passam a permear o ideário profissional, trazendo à tona, sobretudo na saúde, discussões de temas como o trabalho coletivo, realizando uma reflexão em relação a conceitos e categorias importantes como: cooperação, a evolução do conceito saúde nas últimas décadas, trabalho, atuação profissional, família e relações sociais (SANTOS, 2014).

Segundo Marilda Yamamoto (2008), nos diversos setores de trabalho o assistente social se constitui um trabalhador assalariado que vende a sua força de trabalho, deste modo, sua relação com o sistema capitalista não é diferenciada dos trabalhadores, sofrendo as consequências que permeiam a relação capital X trabalho.

Como visto anteriormente, na década de 1970 e início da década de 1980, sucederam intensas transformações no cenário político brasileiro, como o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, o colapso na atenção à saúde,

⁴ s.f. O templo que acolhe os cristãos; local ou edifício onde os cristãos se reúnem para as celebrações ou cultos. Catolicismo.(ROCHA,2001).

⁵ s.m. e s.f. Pessoa que se especializou em higiene, parte da medicina que busca resguardar a saúde, criando medidas para a prevenção de doenças; sanitarista.(ROCHA,2001).

que formaram o chão histórico para a emergência do Movimento Sanitário, este buscava transformação no conceito saúde, atribuindo a este, determinantes sociais, históricos, econômicos, bem como, no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde.

O Serviço Social é uma profissão que está ligada aos reflexos das questões sociais⁶e, portanto, sua atuação é imprescindível em todos os setores da sociedade. Uma das áreas de maior atuação do/a Assistente Social nos dias atuais é a saúde, área esta que requer do/a profissional de Serviço Social atribuições e competências específicas. Assim, o/a profissional deve estar apto a lidar e oferecer respostas aos mais diferentes aspectos e demandas que permeiam as relações sociais. Sob essa ótica, Yamamoto (2008, p. 200) no afirma que:

Nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social é de suma importância impulsionar pesquisas e projetos que favoreçam o conhecimento do modo de vida e de trabalho- e correspondentes expressões culturais- dos segmentos populacionais atendidos, criando um acervo de dados sobre os sujeitos e as expressões da questão social que as vivenciam. O conhecimento criterioso dos processos sociais e de sua vivência pelos indivíduos sociais poderá alimentar ações inovadoras, capazes de propiciar o atendimento às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais. Esse conhecimento é pré-requisito para impulsionar a consciência crítica e uma cultura pública democrática para além das mistificações difundidas pela prática social em geral e particularmente pela mídia. Isso requer, também, estratégias técnicas e políticas no campo da comunicação social - no emprego da linguagem escrita, oral e midiática -, para o desencadeamento de ações coletivas que viabilizem propostas profissionais para além das demandas instituídas.

Diante das novas demandas impostas pelas modificações sociais ao profissional este deve direcionar seu trabalho em prol da garantia e manutenção dos direitos dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente dialogar sobre o profissional de Serviço Social na saúde pública é uma questão contundente e, por isso é necessário levarmos em conta todo o processo que envolve o fazer profissional nesta

⁶ Questão Social: “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos”. (IAMAMOTO 2001, P.10)

área, já que, este tem sido de grande importância na conscientização e seleção do atendimento oferecido. Porém,

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão. (VASCONCELOS, 2003 apud SANTOS; BERNACHI, 2012).

A Assistência Social é caracterizada como genuíno direito fundamental, devido a sua essência voltar-se às necessidades das classes menos favorecidas, buscando mediações de conflitos, esta, além de ser garantida desde a Constituição Federal de 1988, deve ser oferecida também nos serviços de saúde. As ações de Assistência Social são definidas na lei, como atividades de caráter continuado que visa à melhoria de vida da sociedade voltadas para o atendimento de necessidades básicas, apresentando-se como grande avanço nas políticas sociais, buscando a garantia de direitos e de condições dignas de vida (BRASIL, 1988). Entretanto, o profissional nem sempre consegue realizar ou mediar às problemáticas existentes, sobretudo no contexto neoliberal em que um sério conflito é travado entre o projeto sanitarista e o projeto privatista no âmbito da saúde, a este respeito Costa (1998, p. 312) afirma que,

É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas de tensões existentes entre ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do profissional do Serviço Social (COSTA, 1998 p. 312).

O grande desafio na área da saúde é colocar em prática as reivindicações do Projeto de Reforma Sanitária que apresenta total conexão com o atual projeto profissional dos assistentes sociais.

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e pela resolução do Conselho Federal de Serviço Social. É uma profissão que atua no campo das Políticas Sociais com o compromisso de defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, visando o fortalecimento da Democracia.

Observando os parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), temos diretrizes de grande dimensão para nortear a atuação do profissional de Serviço social dentro da instituição de saúde, perpassando os mais diferentes setores.

Considera-se que o Código de Ética (1993) da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na acessória, na gestão e na mobilização e participação social.

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão (1993), requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

 Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
 Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
 Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando-se as possibilidades de ações cotidianas na realidade;
 Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.
(VASCONCELOS, 2003, apud SANTOS; BERNACHI, 2012, p.5).

Nesta perspectiva, percebemos que o assistente social no seu cotidiano de trabalho deve e necessita buscar caminhos e criar estratégias político-profissionais e assim determinar quais as direções que dará a sua atuação profissional para poder cogitar ações que demarquem seus compromissos ético-político.

Vivemos em uma época onde é preciso estar cauteloso ao movimento da realidade que não fica de forma alguma estagnada, a fim de se refletir e discutir sobre a profissão ou sobre temas que tenham importância para a assistência social e para a população. Para tanto, cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que buscam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborar estratégias que reforcem ou fundamentem experiências nos serviços de saúde que venham a efetivar o direito à saúde, atentando que para o trabalho do

assistente social ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (CFESS, 2009.p. 12).

O assistente social ao participar do trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, o que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e de qualquer profissional que atue na saúde, isso “(...) vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-político, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996)” (CFESS, 2009, p. 25).

Portanto, para atuar no campo da saúde, o profissional de Serviço Social deve conhecer a instituição a qual está inserido, toda a dinâmica do sistema de saúde, além de ter conhecimento teórico das políticas que regem o serviço. Deve também conhecer quais as demandas institucionais, qual o perfil desses usuários, de que forma são prestados estes serviços na garantia de viabilização de seus direitos, ou seja, ser um assistente social que atue não só dentro dos limites impostos, mas que ultrapasse a linha do fazer técnico burocrático procurando dentro de suas possibilidades defender o seu projeto ético-político.

Sabemos que há alguns desafios que são comuns aos assistentes sociais que atuam nas mais diversas áreas, como por exemplo: as condições éticas e técnicas de trabalho (sigilo, infraestrutura), a ausência de transporte e alimentação para os usuários do serviço, e acima de tudo, a falta de entendimento por parte da equipe do papel do assistente social nos serviços.

Na Saúde não poderia ser diferente, o Serviço Social tem por atribuição perceber o que está se passando naquele ambiente, mesmo tendo plena consciência dos desafios que tem por enfrentar, ele mais do que nunca precisa ter noção do fenômeno saúde-doença, só assim será possível realizar seu trabalho com mais propriedade de acordo com a realidade de seus usuários.

Valendo-se de várias hipóteses, Helena Harke (1992 apud. CABRAL 1995, p.50) constata que:

As funções do assistente social não se limitam, exclusivamente, à prestação de serviços, mas se estendem, também, à função de promoção, capacitação, conscientização, mantendo e aprofundando o contato com o usuário estimulando a reivindicação dos seus direitos na melhoria dos serviços de saúde, e na forma de atendimento às suas necessidades...

No que diz respeito à assistência aos usuários submetidos à amputação na unidade municipal de fisioterapia (UMF/CRANESP) de Campina Grande, o Serviço Social busca promover um apoio social e educativo para pessoas que foram submetidas à amputação, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Diante disto, as atividades realizadas dentro do Serviço Municipal de Fisioterapia, pelos assistentes sociais, de modo geral, envolvem sempre o diálogo e, sobretudo, a escuta o que possibilita conhecimento específico do usuário. Além disso, as atividades centram-se na educação em saúde, promovendo a troca de saberes e propiciando ao usuário o fortalecimento de sua autonomia e cidadania, buscando sempre fortalecer o vínculo entre o usuário e a instituição.

Desse modo, o Serviço Social na instituição busca promover a garantia do direito do usuário a saúde, travando lutas diárias pela garantia de um atendimento resolutivo e de qualidade.

A prática do assistente social na instituição acima referida, onde realizamos estágio supervisionado em serviço social nos anos de 2013 e 2014, nos permitiu refletir sobre a necessidade de intensificar atividades educativas na busca de esclarecimento dos cuidados com a saúde e dos direitos direcionados a população com necessidades especiais, a fim de efetiva-los tanto no âmbito social como no da saúde. No nosso último tópico detalharemos a nossa experiência de estágio, bem como, a nossa proposta de intervenção que direcionou-se ao grupo de amputados.

4.EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA E CRANESP DE CAMPINA GRANDE –PB: UMA INTERVENÇÃO JUNTO AO GRUPO DE AMPUTADOS

O estágio supervisionado em serviço social na Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF/CRANESP) de Campina Grande-PB, teve início em 28 de março de 2013 e terminou em 31 de agosto de 2014, com um grupo composto por cinco estagiárias: Olga Eliza, Natali Camilo, Keyla, Fátima e Helenise, supervisionado inicialmente pelas assistentes sociais Glaucineth Cavalcante e Ana Lúcia e pela supervisora acadêmica professora Idalina Maria. Posteriormente, o grupo passou a ser supervisionado apenas por Glaucineth e a ter como orientadora acadêmica a professora

Débora Suelle. Lembramos que a realização do estágio é exigência do curso de Serviço Social para a conclusão do mesmo.

Primeiro nos permitiu, mesmo que de forma insipiente, conhecer as condições da instituição em relação a sua estrutura física, facilidades e/ou dificuldades no aceso, além de proporcionar a apresentação da dinâmica referente ao atendimento dos usuários e da forma como se dá o relacionamento dos profissionais de serviço social com o público assistido.

No início, as expectativas eram inúmeras, também a ansiedade em conhecer e participar das ações desenvolvidas pelas profissionais do Serviço Social, bem como, a curiosidade em compreender como se apresenta todo o funcionamento deste ambiente disponibilizado para o nosso estágio obrigatório.

O estágio supervisionado, é de extrema importância para a formação de qualquer profissional, pois além de proporcionar experiências de âmbito técnico-científico, também prepara o futuro profissional para o desempenho de suas funções com responsabilidade, ética, liderança, capacidade de comunicação e tomada de decisões; todos esses aspectos são importantes, visto que o futuro Assistente social estará inserido em equipes multiprofissionais atuando diretamente com pessoas.

A supervisão de estágio é canal de ligação entre as disciplinas e os campos de estágio, na medida em que privilegia a análise conjuntural de processos sociais em curso na sociedade geradora das múltiplas expressões da questão social; ela possibilita a elaboração e reelaboração do objeto de intervenção e a criação de estratégias comprometidas com a dimensão ético-política do projeto profissional em suas particularidades socioinstitucionais (LEWGOY, 2009, p.167).

No estágio, o acadêmico estará praticando as técnicas mais diversas e para que o ensino educativo seja competente torna-se necessária uma reorganização dos espaços de formação, de modo que, estes espaços formem um cidadão trabalhador sensível e que, principalmente, esses espaços se aproximem das políticas de formação nacional geral e específica da área, levando este futuro profissional a olhar a realidade de forma ampliada.

Sabe-se que a UMF/CRANESP é considerada um centro de referência do município no tratamento de pessoas com deficiência, o que nos motivou a realização do estágio, a fim de conhecer a realidade da população atendida por este serviço e dos profissionais que nele atuam.

Porém, no decorrer do estágio identificamos que a existência das dificuldades colocadas para a realização da prática do assistente social na saúde em nível nacional se repetem na referida instituição, isto, contudo, não anula a importância do trabalho do Serviço Social no serviço e nem sua autonomia.

No entanto, apesar de todo o empenho da equipe que atua no serviço, ainda há obstáculos, sobretudo para a efetivação da educação em saúde e para realização de um trabalho preventivo, pois, a maioria da população procura a unidade para resolver problemas de saúde e não para prevenir. O Serviço Social vem buscando, de forma singela, mediar estes conflitos existentes.

Com este estágio, pudemos compreender que a UMF/CRANESP é um serviço de extrema importância para a população com deficiência e a função do Serviço Social mostrou-se altamente resolutiva, tendo independência e autonomia para tomada de decisões que exigem um alto grau de conhecimentos e habilidades no trato social.

No primeiro semestre tivemos como objetivo: realizar a observação de todo o funcionamento da instituição, sua estrutura organizacional e de prestação de serviços, o entrosamento entre os profissionais, o trabalho do Serviço Social e os instrumentais técnicos utilizados (triagens, relatório do dia no livro de atas, encaminhamento, etc), além do desenvolvimento da prática burocrática e da organizações dos grupos para atendimento.

No segundo semestre tivemos como objetivo a construção da Caracterização do Serviço e o estabelecimento do contato direto com nos usuários, através das salas de espera nas quais houve troca de informações e experiências, além de orientações diversas, sobre direitos sociais e saúde, tendo em vista que, uma das atribuições do Assistente Social é orientar/ informar. O acúmulo propiciado neste período nos subsidiou para a terceira etapa do nosso estágio.

No terceiro semestre o objetivo foi à construção e execução de um Projeto de Intervenção, este foi elaborado em dupla pelas estagiárias Olga e Natali e teve como título: Viver é vencer: apoio social e qualidade de vida a usuários submetidos à amputação na Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF/CRANESP) de Campina Grande-PB. O projeto teve como objetivo: Promover apoio social e educativo para pessoas que foram submetidas à amputação, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. A metodologia utilizada foi a da realização de oficinas temáticas por esta permitirem uma interação entre o ministrante e o participante de forma mais dinâmica.

O projeto de intervenção foi iniciado com a formação de um grupo, cujos participantes deveriam apresentar um histórico de amputação, para realização de atividades educativas nas segundas feiras de 12:00 às 14:00 horas. O grupo contou com o número mínimo de 05 participantes ao todo; 04 do sexo masculino e 01 do sexo feminino, com idade entre 36 à 66 anos. Havia mais usuários que se adequava ao grupo, mas o horário de atendimento não harmonizava com o dia estabelecido para o estagio supervisionado.

Neste grupo foram trabalhados temas relevantes para este público alvo, relacionados a saúde, à exemplo do tabagismo, aceitação da nova condição pós-amputação, família, violência (contra o deficiente, idoso, mulher), sinais de AVC e os direitos das pessoas com deficiência. Estes temas foram escolhidos por votação do grupo.

No que diz respeito as oficinas temáticas trabalhadas no projeto de intervenção, estas ocorreram de acordo com o cronograma e foram bastante produtivas. Na primeira oficina trabalhamos com a temática “sociabilidade dos usuários amputados” para saber como eles lidavam com a questão da exclusão e do preconceito no meio social. Pois, como já ressaltamos, a amputação não deve ser considerada como fim, e sim como o início de uma nova fase, que tem como principal caminho manter e/ou devolver a dignidade e funcionalidade do indivíduo.

Nesta oficina, alguns deles relataram as experiências que sofreram com relação ao preconceito e as mudanças ocorridas após a amputação, como se deu a adaptação a um novo estilo de vida e as dificuldades enfrentadas pela falta de acessibilidade e de políticas públicas que garantam melhor qualidade de vida aos deficientes físicos.

A segunda temática trabalhada foi a dos “Direitos dos Deficientes Físicos” observamos que a maior parte deles não tinham conhecimento quanto às leis e garantias de direitos oferecidos, de acordo com as falas, as informações obtidas eram poucas e muitas vezes repassadas de maneira equivocadas.

O tema família foi explorado no terceiro encontro de forma mais espontânea, houveram depoimentos de usuários que relataram o abandono e exclusão vividos por eles, por parte de membros da família e dos amigos, alguns disseram ter optado por asilos ao perceberem o descaso com que eram tratados pela família. Os amputados afirmam ser vistos, até pelos familiares como “coisa inútil que perdeu o valor”, que não deixa de ser um tipo de violência contra essas pessoas.

Por fim tratamos dos temas relacionados com os cuidados com a saúde, “o tabagismo” e a “aceitação da condição de amputados” momento no qual falamos sobre as políticas públicas direcionadas para estes, os direitos ao acesso para tratamento garantido por Lei e demos orientações enfatizando a busca por esses direitos.

Os usuários amputados se mostraram satisfeitos em ter participado do projeto, em suas falas responderam ter sido muito importante as discussões realizadas e solicitaram a efetivação de outras atividades educativas. Muitos relataram que a partir dos encontros e das informações obtidas, assumiram postura de questionamento em relação a seus direitos.

Com a realização do estágio supervisionado e deste projeto de intervenção especificamente, confirmou-se o fato de que o usuário precisa ser tratado na sua totalidade, considerando os aspectos sociais que interferem no processo de cura ou adaptação à nova realidade.

No decorrer do estágio tivemos a oportunidade de realizar desde ações como acolhimento até procedimentos de orientação, a autonomia que o Serviço Social exerce na instituição foi um dos fatores mais surpreendentes do estágio. Além disso, a experiência junto à comunidade possibilitou o conhecimento da realidade que perpassa cada usuário do grupo das famílias o que pode contribuir pra fortalecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais. A estratégia grupal, apesar ser pouco explorada no serviço, mostrou-se eficiente na proposta de estágio, desde que adaptando-se à realidade institucional e dos pacientes.

Sendo assim, tendo a noção de que o Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo e investigativo, inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, tendo como objeto intervenção as manifestações da questão social, as atividades realizadas dentro do Serviço Municipal de Fisioterapia, em especial no CRANESP, proporcionam o conhecimento das mais diferentes experiências vividas pelos usuários, propiciando a capacidade de pensar a partir da realidade e assim intervir. Além disso, promoveu ao usuário o exercício da autonomia, livre expressão, cidadania, descoberta de habilidades, desenvolvimento e fortalecimento de relações.

Deste modo, o estágio se tornou uma fonte de aprendizado, tanto de aspetos assistenciais, e administrativos, quanto da tomada de decisões e do conhecimento adquirido sobre o exercício da Profissão de Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho observamos que na saúde, apesar dos avanços conquistados após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da consolidação do SUS, há no cenário social uma disputa entre o projeto neoliberal (que redesenha o modelo médico-assistencial privatista, culminando com uma proposta de política de saúde voltada para o mercado) e o projeto de Reforma Sanitária. A disputa entre esses dois projetos é um desafio colocado a todos os profissionais de saúde que lutam para a manutenção de um sistema de saúde justo, que atenda com respeito e dignidade as pessoas.

Em relação as políticas públicas, sobretudo de saúde, para os deficientes físicos, em especial os amputados, há muito a se fazer, pois o processo de formulação de políticas sociais que buscam incluir de forma efetiva estes indivíduos na sociedade ainda são frágeis e construídas sem a participação efetiva dos deficientes para identificar suas reais necessidades e prioridades.

No que diz respeito a atuação do Serviço Social, na área da saúde a literatura demonstra a extrema importância dos assistentes sociais para a garantia e efetivação do direito à saúde com esse compromisso ético-político com a classe trabalhadora, sensibilizando-a para a participação social e defesa de seus direitos. No Serviço Municipal de Fisioterapia e CRANESP de Campina grande-PB este profissional atua sobretudo no acolhimento do usuário, sendo porta de entrada deste na instituição, desenvolvendo uma prática comprometida e coerente com a direção social da profissão.

A observação da prática do assistente social e do cotidiano da instituição, nos permitiu elaborar a intervenção destrinchada neste trabalho, que propiciou a grupo de amputados conhecimentos acerca dos seus direitos, das políticas públicas direcionadas a estes, e de vários temas relevantes para a saúde apresentado como principais resultados, o fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais, uma postura de questionamento destes em relação aos seus direitos e o fortalecimento das ações educativas no âmbito da saúde.

Concluindo, esperamos ter contribuído com esta elaboração teórica, para uma maior compreensão da atuação profissional do assistente social nos serviços direcionados a portadores de deficiência e seus principais desafios, bem como, da realidade desses usuários que perpassam toda a política de saúde, cujo tratamento requer a atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, já que muitos destes não tem se quer o apoio familiar.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**.2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A Saúde nos Governo Lula e Dilma: algumas reflexões**.Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ,2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília**. Senador Federal, 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03.htm>. Acessado em :12/11/2014

_____.**Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília**. Senador Federal, 1988. Emenda Constitucional(CF)29 Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 .Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acessado em :12/11/2014

_____. **Ministério da Previdência Social**.2009. Disponível em: <www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=45>. Acessado em 18/10/2014.

_____. **Lei n° 8.080, Lei n° 8.142, SUS**, Brasília, Congresso Nacional, set/dez 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema único de Saúde: Planejamento e Organização de Serviços**. Brasília, SAS/CAGE, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da saúde. **Carta dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília : CONASS, 2011.

_____.Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social.Brasília:CFESS,2009a(Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.).

_____. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. (Versão Preliminar). Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2009b.

BORLINI, Leandra Maria. **Há pedras no meio do caminho do SUS -os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 -333, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7697/5799>>. Acessado em 14/11/2014.

CABRAL. Rosilda Isabel. **A Contribuição do Serviço Social no Atendimento ao Paciente Oncológico.** Florianópolis, julho de 1995.

CFESS Manifesta. **Serviço Social na Saúde.** Em defesa da reforma Sanitária e do Projeto Ético-político do Serviço Social na Saúde. Brasília, oito de junho de 2009.

COSTA ,Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.**1998. Disponivel em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf>. Acessado em : 03/11/2014.

CUNHA, Danilo Fontenele Sampaio. **Os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências: Previsão Legal e Constitucional.**Brasília,2002. Disponivel em:.<<http://www.escoladegoverno.org.br/artigos/115-direitos-humanos-declaracao-1948>>. Acessado em:15/11/2014.

DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.) **Seguridade social e saúde:** tendências e desafios. Campina Grande: EDUEPB, 2009.

GLERIANO, Josué Souza. **O SUS e seus mecanismos de organização.** Disponível em: <<http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/rci/article/view/179>>. Acessado em setembro de 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela.**Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.**Revista Eletrônica Serviço social.Rio de Janeiro.2008.Disponível em:<<http://pt.slideshare.net/pokitoum/41-os-espacosocioocupacionaisdoassistentesocial>>. Acesso em 15/11/2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão Social no Capitalismo.** Revista Temporalis, Brasília, n.03,2001.

IBGE. **98,6% dos municípios declararam possuir serviços socioassistenciais,mas poucos supervisionam.** Comunicação Social, 21 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1620&id_pagina=1>. Acesso: 03/12/2014.

LEWGOY, A. M. B.; SCAVONI, M. L. A. Supervisão em Serviço Social: a formação do olhar ampliado. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 1, p. 1-9, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.revistaeletronicas.pucrs.br>> Acesso em: 27/11/2014.

LIMA,I.M.;PINTO,I.C.;PEREIRA,S.O.(Orgs.)**Políticas Públicas e Pessoas com Deficiências: Direitos Humanos, Família e Saúde.** Salvador; EDUFRA,2011.

PAIM, Jarnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 .

PINHEIRO, R.**As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde:** um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2001, p. 65- 112.

RODRIGUES, Paulo Henrique. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ROCHA,Ruth.**Minidicionário** Ruth Rocha. São Paulo: Scipione,2001.

SANTOS, Márcia Aparecida dos & BERNACHI, Solange Rodrigues de Almeida. **O Papel do Assistente Social na Saúde pública no Município de Três Lagoas.** Mato Grosso do Sul. 2012. Disponível em:<<http://www.aems.edu.br/conexao/educacaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/75>>.Acessado em setembro de 2014.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:** Revisão da Literatura. Rio de Janeiro, 2008.

VITAL, Natália Silva. **Atuação do Serviço Social na Área de Saúde Mental: Frente ao neoliberalismo.** 2007. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/134378128/Atuacao-do-Servico-Social-na-area-da-Saude-Mental-TCC>. Acessado em 20/10/2014.