

A POLÍTICA DE SAÚDE TERRITORIALIZADA: UMA ABORDAGEM DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO DE MONTALVÃO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Gisele Dayane MILANI¹
Luci Martins Barbatto VOLPATO²

RESUMO: Este artigo tem por objetivo analisar a Política de Saúde para discutir o Programa Estratégia da Saúde da Família Territorializado e a importância da equipe interdisciplinar nas equipes de saúde. O presente estudo traz também um breve histórico da Saúde no Brasil, gráficos com dados do programa no Distrito de Montalvão e a importância da atuação do profissional de serviço social nas equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Saúde. SUS. Território. Interdisciplinaridade. Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo apresentar a Política de Saúde, com um breve resgate sobre sua trajetória e implementação para a discussão do Programa Saúde da Família, realizado nas Estratégias de Saúde da Família e as demandas para o Serviço Social enquanto membro da equipe interdisciplinar.

Enfocar-se-á a Política de Saúde, materializada pelo Sistema Único de Saúde, como política pública de seguridade social, universal, portanto direito da população e dever do Estado.

O conceito de saúde é compreendido como um completo estado de bem estar conectado ao físico, ao mental e social, não apenas a consideração de ausência doença. Tal conceito sofreu alterações ao longo dos tempos,

¹ Discente do 1º ano do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Email: giselemilani@hotmail.com

² Docente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Mestre em Serviço Social e Políticas Públicas pela Universidade Estadual de Londrina. e-mail luci@unitoledo.com.br. Orientador do trabalho.

acompanhando a sociedade e as práticas profissionais, criando assim espaços para novos paradigmas e mudanças.

O conhecimento do território é indispensável, tanto para a formulação, quanto para aplicação/implementação e avaliação de políticas públicas. Neste sentido, o Programa Saúde da Família se faz presente como estratégia de descentralização para prestar assistência à comunidade em que está inserido, onde atendimento é proporcionado junto à unidade de saúde por uma equipe multidisciplinar, em que a figura dos Agentes Comunitários de Saúde da Família se torna fundamental.

A primeira parte do trabalho apresenta brevemente o processo histórico da saúde no Brasil desde o início do processo de industrialização e na Ditadura Militar. Em um sub tópico será abordado a Reforma Sanitária e as principais propostas, que se constituem em: universalização do acesso como direito de todos; saúde como direito social e dever do Estado, entendida como função do Estado; reestruturação através do Sistema Único de Saúde; descentralização; financiamento e democratização com mecanismos de gestão através dos Conselhos. Em outro sub tópico será abordado o Serviço Social dentro da Política de Saúde.

A segunda parte expõe a Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde, para discutir sobre a implementação do SUS, competências, ações, princípios e diretrizes.

A seguir, a terceira parte discorre sobre o Programa Saúde da Família, apresentando o programa e posteriormente em um sub tópico como Estratégia de Territorialização, que se constitui em um grande avanço da Política de Saúde no Brasil. Serão apresentados dois gráficos acerca da quantidade e faixa etária dos usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Distrito de Montalvão em Presidente Prudente correspondentes ao período de Abril de 2011. Posteriormente será discutido, de forma breve, a Interdisciplinaridade no respectivo Programa.

Finalmente, são apresentadas as considerações finais para finalizar o trabalho.

O conteúdo aqui apresentado é composto de informações coletadas na unidade Estratégia de Saúde da Família no Distrito de Montalvão e em material

bibliográfico e eletrônico, bem como anotações e explicações adquiridas durante o decorrer do semestre da disciplina de Oficina de Saúde.

2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A partir de 1930, com o processo industrialização do Brasil, o Estado passou a intervir na saúde e implantar políticas sociais. Com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, posteriormente Institutos de Aposentadorias e Pensões, financiadas pelos empregados e empregadores, as categorias profissionais dispunham de benefícios previdenciários e serviços de saúde.

De acordo com Mota [et al.] (2008, p. 90-91) predominantemente até a década de 60, a Saúde esteve organizada em: Saúde Pública, que atendia pessoas que não estavam inseridas no mercado de trabalho, com ênfase nas campanhas sanitárias e serviços de endemias; e Medicina Previdenciária, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que estavam mais preocupados com a acumulação de reservas financeiras que com prestação de serviços.

A saúde apresentou seu momento de auge na época da Ditadura Militar, momento em que ocorreu o privilegiamento da área privada e ênfase na medicina curativa, assistencialista e individual. Nesta época também expandiram-se as políticas sociais, pois os militares visavam legitimidade para se manterem no poder.

De acordo com Bravo [et al.] (2007, p.27), a partir da década de 70, a política de saúde “enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário.” Neste conflito, o Estado precisa aumentar os serviços, mas não tem disponibilidade de recursos financeiros.

Situação esta que demandava um processo de mobilização, de movimento para a reversão deste quadro. Momento em que surge com força o Projeto de Reforma Sanitária.

2.1 A Reforma Sanitária

A partir da década de 80, o país vivenciou a democratização política e o término do regime ditatorial. Nessa década começam os debates acerca da construção do projeto de reforma sanitária. A sociedade civil também participou como novo sujeito na discussão. Como principais personagens que adentraram nesta cena estão “[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público [...]” (MOTA, 2008, p. 95). Percebe-se o comprometimento dos profissionais em lutar pela Reforma, visando maior intervenção do Estado de forma universal, com serviços qualificados.

As principais propostas debatidas para a reforma sanitária foram: universalização do acesso como direito de todos; saúde como direito social e dever do Estado entendido como função do Estado; reestruturação através do Sistema Único de Saúde; descentralização; financiamento e democratização com mecanismos de gestão através dos Conselhos.

Neste sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é referência, devido aos temas inovadores que abarcou, sobretudo com a universalização do atendimento.

Com acordos políticos e pressão popular, parte das propostas do movimento sanitário foi aprovada na Constituição Federal de 1988. Dentre eles:

A saúde pública deve ser concebida como direito universal dos cidadãos e dever do Estado, não contributiva, não sendo mais possíveis, em consequência, quaisquer discriminações entre segurados e não segurados da Previdência Social, população urbana e rural e outras; [...] as ações e os serviços públicos de saúde, prestados pelo Estado, devem constituir-se em um sistema único, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade; [...] participação do setor privado no sistema de saúde, em regime complementar, mediante a destinação de recursos públicos, para subvenção a entidades sem fins lucrativos (SIMÕES, 2009, p. 125).

Dessa forma, a saúde passa a ser direito universal, acabando com o segurado e não segurado. A rede de serviços se torna hierarquizada, descentralizada, regionalizada com atendimento integral e participação da comunidade.

Com o avanço do neoliberalismo, constata-se o desmonte das políticas públicas, a minimização da atuação do Estado e a iniciativa privada “invadindo” cada vez mais os espaços públicos. Nessa ótica, afirma Simões (2009, p. 124):

Sob o influxo das idéias neoliberais, o Estado passou a assumir, apenas, o papel de promotor e regulador dessas políticas, incentivando o desenvolvimento de uma esfera pública não estatal, situada na sociedade civil e, por isso, fortemente incentivada pela lógica da administração privada e da contabilidade empresarial.

Na saúde não ocorre diferente, os planos de saúde ganham mais destaque que o atendimento do setor público de saúde. O relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2009 trazia os seguintes termos:

1. Retomar os Princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e componente indissociável do desenvolvimento social, fortalecendo as relações entre diversos setores, cumprindo a legislação do SUS, em particular no que tange ao acesso universal de atenção à saúde. (BRASIL, 2009,p.71)

A partir da citação acima, percebe-se que é preciso retomar os princípios da Reforma, ou será que foram realmente efetivados? Ou até se efetivaram, mas foram esquecidos? Ao se falar em Política Pública de Saúde universal, é contraditório afirmar o atual aumento do setor privado na área, como também os convênios. Conforme legislação em vigor, chamada de Constituição Cidadã, a saúde faz parte da Seguridade Social e é função fundamental do Estado, provedor, que forneça serviços de saúde que visem contemplar toda população e classes sociais.

Neste sentido, afirma Mota (2008, p. 88) que o Estado

[...] inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado.

Cabe ao Estado, então, implementar as Políticas de Seguridade Social e assegurar a universalidade de direito, fundamentada no Sistema Único de Saúde e contida no Projeto de Reforma Sanitária, visando superar as desigualdades sociais existentes que impossibilitam o acesso à Saúde.

2.2 O Serviço Social na Política de Saúde

Neste item, será abordado a inserção e a participação dos Assistentes Sociais no âmbito da Saúde.

O trabalho dos Assistentes Sociais na saúde não se desenvolve independentemente, sofre influências de circunstâncias históricas, tanto da trajetória da saúde como da constituição do Serviço Social na sociedade. Refletir sobre a política de saúde implica em apreender dimensões tecnológicas, organizacionais e políticas.

Com a implementação do SUS na década de 90,

[...] mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e portanto aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação. (MOTA, 2008, p. 310)

Dessa forma, pode-se dizer que mudanças são necessárias, cada vez mais, pois a realidade é dinâmica e as condições de vida da população são intrinsecamente, como afirma o Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Os Assistentes Sociais desenvolvem suas ações nas demandas apresentadas pelos usuários. Estes fatos abordados na citação anterior constituem-se determinantes para o bem estar da população, logo de interesse público, portanto áreas em que o profissional identifica e desenvolve ações visando suprir necessidades, requisitar serviços e avaliar as demandas coletivamente procurando seu enfrentamento através de mudanças necessárias.

Falando no profissional, Bravo (2007, p. 43) considera que:

[...] o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

Assim, entende-se que o agir profissional não está pautado na reprodução de mesmices atividades com o usuário. O Serviço social está sendo chamado a ampliar sua atuação em: “planejamento, gestão, acessória, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social.” (PARÂMETROS, 2009, p.21)

O trabalho do Assistente Social na saúde deve buscar a incorporação de novos conhecimentos, principalmente do território em que está inserido, articulando-os aos princípios estabelecidos na Reforma Sanitária e com o Projeto ético-político do Serviço Social. As ações precisam ser articuladas com outros segmentos do SUS, integrando uma rede.

3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E NA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), criada em 1990, sob número 8080, regulamenta as ações e serviços de saúde, como direito do cidadão e dever o Estado em prover condições para sua materialização, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que propendam a redução de riscos de doenças e acesso igualitário e universal aos serviços públicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira para beneficiar toda população brasileira. Abrange desde um modesto e simples atendimento em uma unidade básica de saúde, na chamada atenção básica, até o transplante de órgãos na média e alta complexidade. Os usuários tem garantido o acesso integral e gratuito às ações de saúde.

O Art. 200 da Constituição Federal de 1988 dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, o qual compete, nos termos da lei vigente:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS assegura o direito de atendimento universal, sem discriminação, sem carências, atendimento integral e realiza campanhas de prevenção a doenças e educativas. O campo de atuação do SUS é amplo e abrange o território nacional. Como define o Art. 6 da LOS, o SUS executa ações de:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Além das ações acima apresentadas, a LOS dispõe, ainda, de princípios e diretrizes que norteiam as ações. I – universalidade de acesso,

independente de crença, cultura, etc., todos tem direito a saúde pública; II –os serviços devem ser desenvolvidos de forma integrada, com ações e serviços prestados de forma preventiva e curativa, individual e coletiva; III – preservação da autonomia e integralidade; IV – igualdade no acesso, livre de preconceitos e privilégios, V – divulgação dos serviços e sua utilização; VII – utilizar a epidemiologia para estabelecer prioridades; VIII - participação da comunidade; IX – descentralização; X - integração da saúde, do meio ambiente e do saneamento básico; XI – conjugação de recursos; XII – resolução dos serviços nos níveis; XIII – organização dos serviços afim de evitar duplicidade.

Algumas estratégias tem sido adotadas para viabilizar a saúde no território, como a ampliação de contratações comunitários de saúde para o fortalecimento do Programa Estratégia de Saúde da Família, que será discutido no item a seguir.

4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O programa Saúde da Família é uma estratégia de descentralização da Política de Saúde e iniciou-se no ano de 1991. A partir do surgimento desse Programa muitos municípios aderiram a essa estratégia, como explana o site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde expõe:

A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. [...] A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Assim, o Programa Saúde da Família assume o compromisso de prestar assistência a comunidade em que está inserida e o atendimento é prestado junto a unidade de saúde por uma equipe multidisciplinar composta por: Médico, Enfermeiro(a), Auxiliar e Técnico de Enfermagem e principalmente pela figura do Agente Comunitário de Saúde da Família, ator que acompanha as famílias no território com o princípio da atenção básica. Os profissionais ultrapassam a visão de saúde e doença tradicionalmente posta, para o conceito abordado na introdução, ou seja, da saúde como completo bem estar e não apenas a ausência de doença.

Neste sentido, Bertozzi [et al.] (2007, p.28) explana que o Programa

[...] incorpora as bases conceituais presentes na vigilância da saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo também a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade da intervenção sobre esses fatores com estratégias como a promoção da saúde.

Sob essa ótica se materializa o enfoque do Programa, identificando realidades e problemas de saúde, visando o enfrentamento com vigilância em saúde e epidemiológica, criando vínculos com a comunidade através da realização de visitas domiciliares, tanto dos Agentes de Saúde, da Assistente Social, Enfermeira como também da equipe epidemiológica, que visa prestar assistência integral aos usuários.

4.1 O Programa Estratégia da Família como Estratégia de Territorialização

A Saúde da Família é abrangida como estratégia de reorientação do chamado modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes em unidades de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento, através de visitas domiciliares, de um número de famílias, centradas em uma área geográfica chamada de micro área. As equipes desenvolvem ações visando a

promoção da saúde, a prevenção, a recuperação, a reabilitação de doenças e agravos e a manutenção da saúde na comunidade.

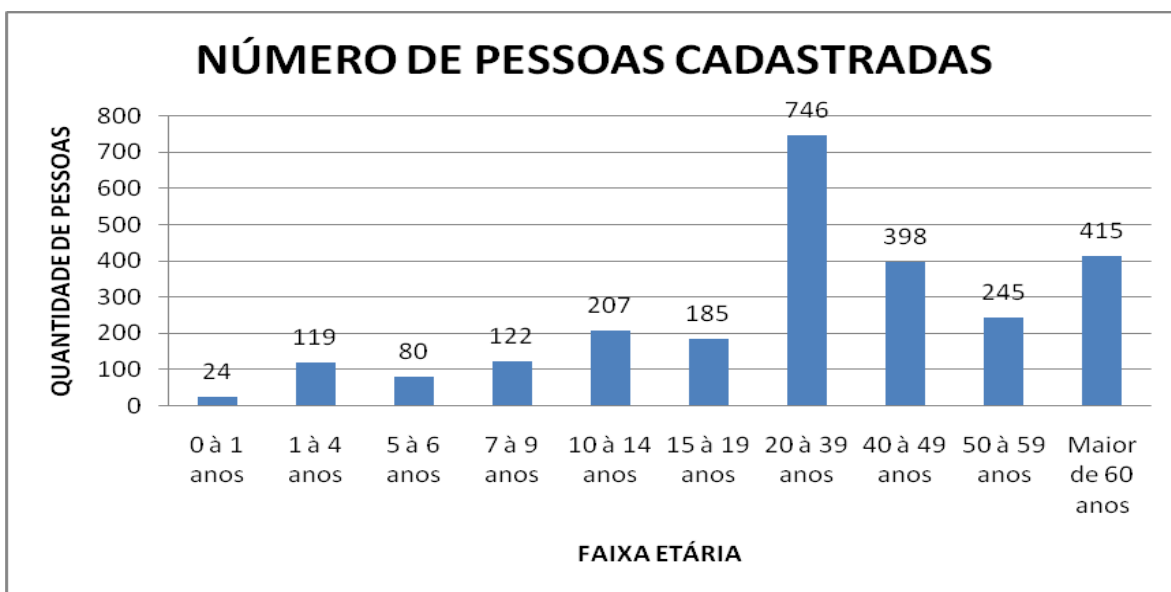
A atenção básica, organizada pela estratégia Saúde da Família, compõe o conjunto de prioridades da Saúde. Esta concepção excede a antiga proposição centrada na doença, desenvolvendo-se através de práticas, a partir do trabalho em equipe, dirigidas a comunidade do territórios da unidade de saúde. A atenção básica possui como princípios: integralidade, equidade, qualidade, e participação social.

As equipes Saúde da Família sediada no Distrito de Montalvão em Presidente Prudente-SP é composta pelas áreas de Serviço Social, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia e Agentes Comunitárias de Saúde da Família.

Mediante contato direto em visitas domiciliares e atendimento nas unidades de saúde, as agentes de saúde estabelecem um vínculo com a população, o que possibilita o compromisso e destes profissionais com os usuários atendidos e com a comunidade.

Neste sentido, será apresentado a seguir dois gráficos que correspondem a dados obtidos no Programa Estratégia de Saúde da Família do Distrito de Montalvão, localizado na cidade de Presidente Prudente, com o objetivo de exemplificar a quantidade, a faixa etária e os tipos de doenças que do território, colhidas no Bando de dados da Saúde nominado SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, correspondente ao mês de Abril de 2011.

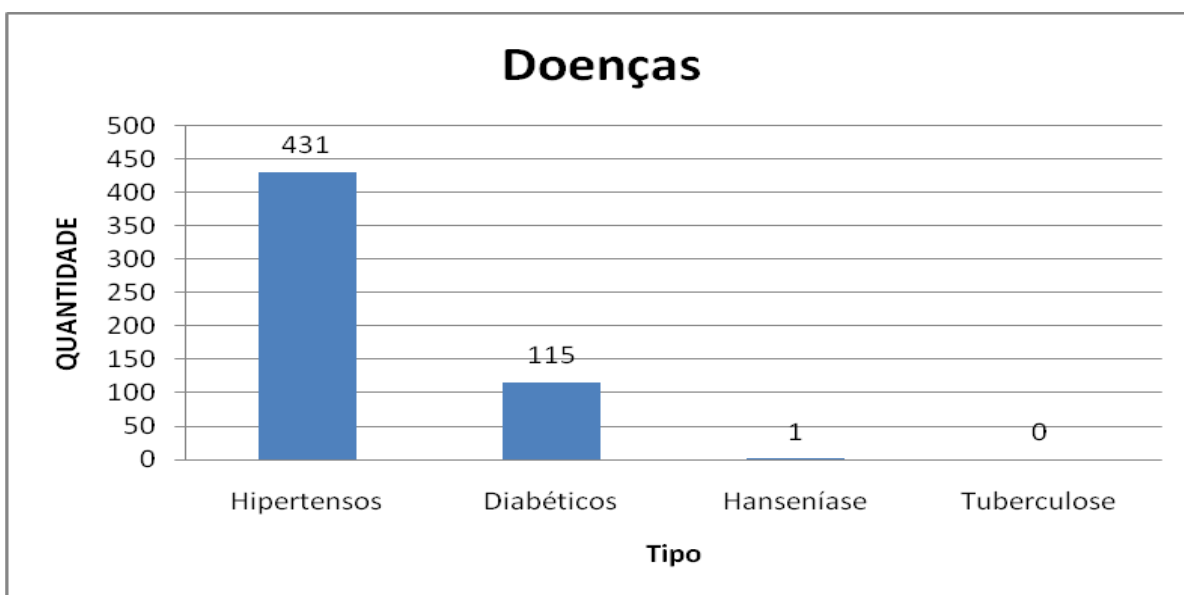
GRÁFICO 1: CADASTRADOS E FAIXA ETÁRIA



TOTAL: 2541 PESSOAS CADASTRADAS. FONTE: SIAB Abril de 2011

O gráfico acima expõe o número de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito de Montalvão. Revela um número significativo de usuários cadastrados e sua respectiva faixa etária. Com este dado é possível planejar estratégias de atendimento voltado estrategicamente para um público alvo do qual já se tem dois dados, ou seja, idade e quantidade.

GRÁFICO 2: TIPO DE DOENÇAS E QUANTIDADE



A partir do gráfico acima é possível visualizar as doenças que imperam no território. Dados estes de suma importância para traçar o perfil da comunidade e saber de que tipo de especialista e ações o território necessita.

Portanto, a partir da análise desses dois gráficos é possível iniciar, mesmo que brevemente, uma análise acerca do perfil dos atendidos na Estratégia de Saúde da Família no Distrito de Montalvão, possibilitando a identificação de um conjunto de questões relativas a Saúde.

Os resultados previamente obtidos relevam a necessidade de estudo nos aspectos demográficos, econômicos e sociais, dos quais é possível pensar em planejamento de políticas sociais na dimensão territorial do Estratégia de Saúde da Família.

4.2 A interdisciplinaridade no Programa Estratégia de Saúde da Família

A interdisciplinaridade nega a fragmentação do conhecimento das equipes, a organização integrada dos serviços e proporciona aos profissionais intervirem em equipe nos condicionantes de saúde.

O Serviço Social, como profissão, tem seu compromisso ético-político de facilitar a integração da equipe e o entendimento da realidade, dinâmica, como determinante na organização das ações, integrados principalmente com os agentes comunitários de saúde que visitam todas as residências do território e conhecem as famílias e áreas de maior vulnerabilidade, seja pela precariedade da moradia, desemprego, desnutrição entre outros.

O processo de trabalho envolve ações de promoção de saúde, intervenções dos determinantes de saúde. Cada profissional realiza seu trabalho de forma conjunto à equipe, de forma interdisciplinar que supera a visão de paciente com debilitado estado de saúde para o de ser integral. Neste cenário, o Assistente Social exerce o papel de mediador, favorece o exercício da cidadania no campo da atenção básica.

Na unidade Estratégia de Saúde da Família os profissionais de Saúde constroem uma consciência coletiva incentivando a participação popular e desenvolvendo vínculos familiares e comunitários. Dessa forma, os profissionais desenvolvem compromissos com a intersectorialidade da saúde pública com práticas interdisciplinares.

5 CONCLUSÃO

A partir do presente trabalho foi possível debater a Saúde, desde sua emergência até seu atual estágio, materializada como Política de Saúde e despeça no território em Estratégias de Saúde da Família, oferecendo serviços de forma gratuita e universal próxima aos usuários, estrategicamente territorializada.

Neste sentido, reforça-se a idéia de que o conhecimento do território é indispensável, tanto para a formulação, quanto para aplicação/implementação e avaliação de políticas públicas. Assim, com o auxílio dos gráficos apresentados é possível visualizar, mesmo que brevemente, o perfil da população local, sendo de extrema importância o conhecimento do local, através de indicadores, para a execução de Políticas Públicas e ações voltadas a demandas da realidade local.

Encerra-se este trabalho focando em um assunto debatido no último sub tópico, a interdisciplinaridade, que mesmo abordado de forma sucinta, não se desprestigia o assunto e necessita ser compreendida como requisito básico na execução de trabalho em equipe em diversas áreas, principalmente da Saúde, como o trabalho abordou. No Programa Saúde da Família é fundamental a equipe estar atuando de forma interdisciplinar e com um objetivo: o atendimento do usuário para atingir sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza [et al.]. **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007. 264 p.

Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 19/05/2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 326 p.

Lei Orgânica da Saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 19/05/2011.

MOTA, Ana Elizabete [et al.]. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 408 p.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 3. ed., rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2009. 560 p.

Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php. Acesso em 19 de maio de 2011.