

# CAMINHOS E POSSIBILIDADES À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

## ROUTES AND POSSIBILITIES REGARDING HEALTH HUMANIZATION

**Pamela Caldart**

Acadêmica da Faculdade de Serviço Social/ PUCRS,  
Bolsista FAPERGS

### **RESUMO**

O artigo foi inspirado no II Encontro Estadual de Humanização e no I Seminário Estadual de Humanização, evento promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em parceria com a Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), a UNESCO e a Secretaria de Estado da Saúde. Foi elaborado por uma acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Serviço Social (PUCRS), com o apoio da supervisora pedagógica, e constitui-se em uma reflexão sobre a Política de Humanização da Assistência a Saúde e sua interface com a formação do assistente social. O artigo problematiza as apresentações dos palestrantes do evento e enfatiza a importância da parceria entre Estado e Universidade, reiterando a pesquisa como instrumento de conhecimento e transformação das realidades.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Humanização da assistência. Universidades. Congressos. Política de saúde

### **ABSTRACT**

This article found its inspiration in the II Humanization State Meeting and in the I Humanization State Seminar, events promoted by the Rio Grande do Sul School of Public Health in partnership with the Social Services School Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), UNESCO and the State Secretary of Health. The article was elaborated by a fifth period undergraduate student (Social Service/PUCRS), who was supported by his pedagogic supervisor, and it consists of a consideration upon the Health Care Humanization Policy and its relation to the social worker's development. It further discusses the participants' lectures in the events and finally it emphasizes the importance of a partnership between State and University in order to reinforce research as a knowledge tool and as an opportunity to change realities.

### **KEY WORDS**

Health care humanization. Universities. Congresses. Health policy.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado do II Encontro Estadual de Humanização e do I Seminário Estadual de Humanização, evento ocorrido em julho de 2005, promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em parceria com a Faculdade de Serviço Social/PUCRS, a UNESCO e a Secretaria de Estado da Saúde. Realizado na PUCRS, teve a participação de profissionais de diferentes áreas, que apresentaram suas experiências enfatizando a humanização. Essa diversidade de atores foi cuidadosamente observada na organização do evento, garantindo, assim, a diversidade também nas discussões. Particpei do evento como acadêmica da Faculdade de Serviço Social e, mobilizada pela qualidade das discussões e dos depoimentos, problematizarei as falas dos palestrantes, tentando garantir a riqueza de tudo o que foi dito. Foi essa riqueza de idéias que estimulou a elaboração deste artigo.

A organização da primeira mesa contou com a participação de Alexandre Appel, coordenador estadual do PROCON, e de

Rogério D. Pires, consultor em gestão em saúde<sup>1</sup>, tendo permitido a ampliação do olhar e a convergência para um mesmo tema: “Reencantamento das relações sociais no trabalho”.

Na sua fala, Appel<sup>2</sup> enfatizou como ocorrem as relações sociais no cotidiano, o qual se coloca como fundamental para a compreensão das relações humanas. Como refere Guimarães (2002, p. 11): “o cotidiano é caracterizado pelas as ações de rotina, que se repetem; representa o dia-a-dia, aquilo que fazemos de forma impírica. Contudo, ao refletir teoricamente sobre o cotidiano, é possível identificar o 'incomum do repetido'. A essência do cotidiano está no não-cotidiano ou na cotidianidade”. Appel, por sua vez, enfatiza o cotidiano profissional, apontando que os cidadãos não refletem sobre suas ações, apenas as reproduzem da forma alienada. Segundo ele, isso se dá em decorrência dos seguintes fatores:

- Percepção Coletiva ocorre a partir da influência das crenças e opiniões.
- Polarização de Opiniões assemelha-

<sup>1</sup> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988, art. 196).

<sup>2</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

se à perspectiva do antropocentrismo, no qual há uma rejeição ao diferente que está inserido no senso comum. A polarização coletiva representa a rejeição à opinião do outro, acreditando, assim, que sua opinião seja a mais sensata e adequada.

- Perseverança de Opiniões compreende-se que a sua opinião seja a melhor, não escutando a opinião diferente, por ter dificuldade em aceitá-la.
- Fascínio das Palavras as palavras têm poder sobre os indivíduos, provocando neles reações, sensações e percepções.
- Compreensão do Funcionamento do Contágio Social consiste na distorção das informações absorvidas, em virtude das diferentes interpretações a respeito de uma mesma temática.

A prática alienada ou a alienação é referida por Barroco (2003, p. 87) como aquela:

*[...] que perpassa as várias esferas da vida social contribui para que a totalidade social seja fragmentada em instâncias abstratas, desvinculadas das relações de poder, de classe, de trabalho. Cada uma das esferas sociais subdivide-se em esferas autônomas, aparentemente independentes entre si, cada qual com uma referência de valor. Ao mesmo tempo o individualis-*

*mo favorece a valorização da subjetividade e de uma moralidade individualizada em torno da singularidade do “eu” que se opõe à sociabilidade.*

Assim, entendemos que somente a partir da superação das práticas reprodutoras, naturalizadas, banalizadas e alienadas, será possível a construção e a efetivação de uma *práxis* humanizada nos *locus* de trabalho dos profissionais da área da saúde.

Rogério Pires<sup>3</sup> problematizou as condições necessárias para a humanização. Para ele, humanizar a assistência é:

- Reconhecer que a instituição é produto de seus colaboradores.
- Respeitar a interação da instituição na sociedade.
- Ter como foco a necessidade das pessoas.
- Reconhecer o indivíduo e as suas circunstâncias.
- Qualificar e conscientizar os trabalhadores.
- Oferecer condições dignas de trabalho.
- Manter uma infra-estrutura adequada da assistência.

Appel refletiu sobre algumas questões que se expressam na relação entre indivíduos no cotidiano do trabalho, enquanto Pires (2005) conceituou a humanização da assistência. O evento, dividido entre conferências, mesas de discussão e atividades

<sup>3</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

motivacionais, que incluíram músicas e brincadeiras, garantiu o pleno envolvimento das pessoas, assim como reiterou, por sua forma de organização, a essência do próprio evento.

A população relaciona-se com o serviço de saúde a partir de experiências, crenças, senso comum, opiniões, pesquisas, informações distorcidas ou não. Alguns que desconhecem seus direitos e aquilo que está preconizado na lei utilizam o Sistema Único de Saúde<sup>4</sup> (SUS), estabelecendo, por vezes, uma relação de submissão, conformando-se, sob uma visão fatalista e determinista, de que nada se pode fazer com relação à falta de acesso de qualidade. É preciso, porém, que a população exerça o controle social.

Para Bravo e Pereira (2002, p. 45), o “[...] sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Portanto, a população deve questionar essa situação e debater com os gestores e profissionais da saúde alternativas para o desenvolvimento de uma prática efetivamente humanizada, ou seja, que melhore tanto os indicadores de saúde quanto a relação entre servidores, prestadores e usuários do SUS.

No processo de rompimento dessa relação, é de fundamental importância a participação da comunidade, dos usuários do SUS, na discussão junto aos gestores,

servidores e prestadores do serviço de saúde sobre novas práticas nessa área. Cabe salientar que a saúde pertence à Política de Seguridade Social, a qual é formada também pela assistência e pela previdência.

A Seguridade Social é entendida, conforme Pereira (2000, p. 89), como “direito de cidadania social, estratégias de ação coletiva”, política de garantia de direitos, a partir da “prestação de serviços e benefícios”. Logo, deve ser pensada sob um prisma que seja crítico, indagador e reflexivo da realidade existente, tendo como valores essenciais a igualdade e a justiça social. Poderiam ser acrescentadas as seguintes categorias: cidadania, controle social, liberdade de expressão, equidade, universalidade e integridade.

Igualdade, justiça social, cidadania, liberdade e equidade são princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social. Cabe ao assistente social também lutar para a efetivação desses princípios, sendo que a equidade, a universalidade e a integralidade são os princípios doutrinários do SUS. Ao fazer convergir serviço social e saúde, justifica-se tal interface na presente discussão.

Para a mudança na relação entre servidores e usuários, é necessário que servidor, gestor e prestador do serviço de saúde percebam o usuário na sua integralidade<sup>5</sup>, que é entendida como intenção e

<sup>4</sup> O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, artigo 4º)

<sup>5</sup> Integralidade como crítica a uma atitude médica fragmentária e reducionista, a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação, à formação médica de base flexneriana recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa do paciente integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral (KELL, 2005).

necessidade da ação pública, o que ocorre a partir do desenvolvimento, da elaboração e da execução de projetos técnico-sociais em forma de serviços, produzindo diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo assistencial de saúde antevisto como projeto técnico e, ao mesmo tempo, social.

A Medicina Integral amplia o conceito de integralidade, pois busca, além de suprir as necessidades de ações e serviços de saúde demandados pelos usuários, interliga ações de promoção e prevenção da saúde com ações curativas e reabilitadoras, recusando-se a reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa do paciente.

Portanto, é possível concluir que a integralidade busca “compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva” (KELL, 2005). Para uma compreensão desse tema, é fundamental a noção de totalidade, que se apresenta como a:

*Realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido... A compreensão da dialética da totalidade significa não só que*

*as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1986, p. 35- 42)*

Nessa perspectiva, o usuário deve ser percebido como um todo, como um sujeito histórico, que está inserido em determinado contexto socioeconômico e que precisa de atenção, escuta sensível, acolhimento. Enfim, ser percebido como um sujeito de fato.

Contudo, o que se verifica na sociedade contemporânea é o contrário, pois as pessoas são vistas como objeto: paciente do leito “X”, prontuários número “Y”, patologias, receitas médicas, chegam ao serviço de saúde. Atualmente, há uma visão fragmentada e individualizada do usuário que utiliza o SUS por parte dos gestores, servidores e funcionários das unidades de saúde. Barroco (2003, p. 87), entende que:

*A impessoalidade das relações institucionais, aliada à fragmentação das mediações sociais entre indivíduo e sociedade, permite que os indivíduos se relacionem sem se comprometerem em sua totalidade, tornando possível que as relações entre os homens objetivem-se como relações entre coisas [...].*

A autora enfatiza que a impessoalidade e a fragmentação podem transformar as relações entre os sujeitos, como relações

entre objetos. Entendemos, assim, a perspectiva da visão dos sujeitos como objetos. A Cartilha do Humaniza Saúde, a Política de Humanização da Assistência Social<sup>6</sup> (PHAS), propõe que é fundamental a “superação de práticas profissionais que tratam de corpos ou de conjuntos de sintomas secundarizando a subjetividade dos usuários” (BARROCO, 2003, p. 5).

A realidade no cotidiano dos serviços de saúde, por vezes, expressa-se da seguinte forma: profissionais, principalmente os que trabalham no serviço ambulatorial, que atendem unicamente a demanda imediata e aparente vinda do usuário, justificando a falta de tempo para desvelar a aparente demanda imediata do sujeito. Entretanto, a análise da situação sob um olhar crítico e reflexivo, que supere o aparente, compreende, entre outros aspectos, a visão da pessoa enquanto sujeito. Martinelli (1998, p. 114) afirma que, em toda ação imediata, existe algum tipo de intencionalidade. De acordo com a autora:

*[...] mesmo conhecendo que os embates, os desafios, que o cotidiano coloca ao profissional freqüentemente o obrigam a respostas imediatas que não permitem uma reflexão mais aprofundada e, muitas vezes, por determinações conjunturais, toma características contraditórias em relação às posições assumidas, uma vez que, face às questões imediatas, a estrutura da objetividade da sociedade impõe um comportamento de manipula-*

*ção do que emerge, do que é aparente.*

Essa mesma autora reitera que:

*[...] essa resposta, mesmo a mais imediata e cotidiana, contém em si uma referência à consciência: é sempre um ato no qual a intencionalidade precede (como uma síntese e como um ponto de partida), objetiva e cronologicamente a intervenção, muito embora isto nem sempre fique claro para quem o pratique.*

Em virtude dessa percepção do sujeito como objeto, foi desenvolvida em 2000 a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de:

*Atender as demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Essas demandas superam o simples atendimento e o acesso à medicação, mas principalmente situam-se na integralidade desse atendimento e no respeito aos direitos dos usuários.*

A PHAS, implementada no Rio Grande do Sul em 7 de novembro de 2003, segue as diretrizes da PNH e propõe uma nova perspectiva das relações entre prestadores, gestores e servidores de saúde, determinando:

*O aprofundamento da dimensão cuidadora dos profissionais responsabilizando-os e*

<sup>6</sup>Política que, ao articular na área da saúde, impõe como característica ou qualidade fundamental a humanização dessas práticas em todas as instâncias. Tem como princípios: apoiar, incentivar e propor ações que visem à humanização do Sistema de Saúde no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

*envolvendo-os com o usuário de forma mais ampla e respeitosa; o desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e à criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação trabalhador e usuário; a “pré-ocupação” do trabalhador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente, o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador dos aspectos sócio-econômico-culturais da vida do usuário. (BELLINI, 2004)*

Mário Silveira<sup>7</sup> aponta que é preciso estabelecer uma nova fronteira: a humanização. Nesse sentido, estão sendo efetivadas algumas políticas de saúde com essa característica, como Viva Criança<sup>8</sup>, Primeira Infância Melhor (PIM)<sup>9</sup>, Programa Saúde da Família<sup>10</sup> (PSF), Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate<sup>11</sup> (SALVAR) e Município RESOLVE<sup>12</sup>.

A PHAS está diretamente ligada à promoção da saúde, ao bem-estar mental, físico, psicológico e social do sujeito, ou seja, à melhoria da sua qualidade de vida. Carvalho (1998, p. 31) refere que a Carta de Ottawa destaca cinco fatores que constituem a promoção da saúde. São eles:

- 1º) formulação e implementação de políticas públicas saudáveis;
- 2º) criação de ambientes favoráveis;
- 3º) desenvolvimento de habilidades pessoais;
- 4º) reforço da ação comunitária;
- 5º) reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Esses cinco fatores implicam justiça social, ecossistema saudável, solidariedade, alimentação, renda, controle social e equidade. Esta última ainda implica condições de saúde e serviços de saúde (HEIMANN et al., 2004).

O controle social, uma das principais conquistas do SUS, é promovido pela participação efetiva da população, de grupos sociais em órgãos e instituições que discutem a educação para a saúde. A promoção da saúde envolve uma coletividade que está inserida em uma totalidade; portanto, não depende apenas do setor da saúde, pois envolve uma lógica intersetorial entre governo, setor da saúde e setores da educação, da assistência social, da cultura e da economia.

Em sua palestra, intitulada “Humanização & Formação”, Kern<sup>13</sup> enfatiza que a

<sup>7</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.

<sup>8</sup> Realizado através de parceria com empresas e governo do Estado (RS).

<sup>9</sup> Prevê a capacitação de visitantes que orientam e esclarecem as famílias socialmente vulnerabilizadas.

<sup>10</sup> Reorganiza a prática da atenção à saúde em novas bases e substitui o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2005).

<sup>11</sup> Formado por um convênio entre o Corpo de Bombeiros e a Secretaria de Saúde, em parceria com a Faculdade de Medicina da UFBA e a Escola Baiana de Medicina. Pelo telefone de emergência da corporação, a comunidade solicita a presença dos socorristas, que se deslocam em uma das viaturas/ambulância até o local do acidente (BAHIA, 2005).

<sup>12</sup> Propõe a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização. Tem como objetivos: melhorar a qualidade e garantir o acesso da população às ações de atenção básica; descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema de saúde, especialmente nas ações de média e alta complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2005b).

<sup>13</sup> Informação verbal do palestrante no II Encontro Estadual de Humanização ocorrido em julho de 2005.



construção de uma prática humanizada se dá a partir da mediação, a qual:

*Expressa as relações concretas e vincula mútua e dialeticamente momentos diferentes de um todo. [...] afastamento de oposições irredutíveis e sem síntese superadora, [...] conexão dialética de tudo o que existe, uma busca de aspectos afins, manifesto nos processos em curso. [...] exclusão de condicionantes causais unidirecionais. (CURY, 2000)*

Cabe ressaltar que a horizontalidade presente nessa mediação, constituída por sucessivas aproximações de um atendimento continuado, caracteriza-se pelo trabalho de “troca” de experiências e informações. Nesse trabalho, o profissional estabelece um vínculo com o usuário, identificando assim, as demandas, por vezes ocultas, dos usuários e estabelecendo com eles uma relação para além do óbvio, do imediato, do aparente. A partir disso, proporciona-se a riqueza da descoberta de um novo conhecimento, que busca o “extraordinário com o ordinário” (LEFÈBVRE, 1991).

Essa revelação parece constituir-se em um dos desafios da sociedade contemporânea. Também é possível salientar que, para a construção da prática humanizada, muito ainda se deve discutir e socializar, através de palestras, fóruns, congressos ou salões de iniciação científica. Para que se possa discutir e socializar informações a respeito de uma prática humanizada, é necessário primeiramente haver a constatação de práticas com “falta de humanização” ou “menos humani-

zadas”.

Nesse sentido, a realização de pesquisas terá potencial de impacto na sociedade, pois sua finalidade é a de transformar um segmento social, um contexto, uma realidade que até então estavam obscuros. E essa transformação pode consistir na melhoria da qualidade de vida da população. Por meio da investigação, aumenta-se a possibilidade de rompimento com o senso comum, com a realidade aparente, e fomenta-se a sensibilização da população. Com o olhar investigativo, crítico e analítico sobre a realidade existente, é visível perceber os elementos necessários para a modificação dessa realidade.

Portanto, é inquestionável o caráter da universidade na formação de pesquisadores, os quais têm a responsabilidade de mediar o conhecimento abstrato encontrado na literatura e o conhecimento concreto da realidade estudada, possibilitando, assim, a construção do conhecimento científico. Este tem como base a formulação teórico-metodológica, cujo conhecimento é visto como um produto dialético, sendo analisado de maneira reflexiva e crítica. Convém destacar que sempre teremos um conhecimento aproximado em virtude de a realidade ser dinâmica.

## REFLEXÕES FINAIS

O II Encontro Estadual da PHAS e o I Seminário Estadual de Humanização atingiram sua finalidade: mobilizaram, aproximaram, sensibilizaram, encantaram e reencantaram. Em um momento histórico



de lutas, sofrimentos, perdas e fome, eventos como esses alimentam a alma, as esperanças e, principalmente, fomentam práticas profissionais reflexivas. No evento, constatou-se que há mais possibilidades que obstáculos para o desenvolvimento de uma prática humanizada.

Na relação com a saúde, nosso olhar por vezes é limitado, pois o que se observa nas unidades básicas de saúde, ou mesmo em hospitais públicos ou conveniados com o SUS, são as limitações no atendimento ao usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade. Esta também é a chamada da mídia: as filas, as mortes, a falta da medicação, a falta de acesso, a precariedade, o desvio de dinheiro, a corrupção... Do que é bem-feito, das iniciativas para os enfrentamentos dessas questões pouco se fala. Muitas vezes, esse também é mais um elemento para o desânimo dos profissionais da saúde. Estando em condições de vulnerabilidade tanto usuários quanto profissionais, o que resta é o que não funciona, apenas o que está incomodando.

Cabe aos profissionais – mas não apenas a eles, uma vez que também é preciso envolver os gestores e a população – o cuidado com a saúde, de forma geral, cada um na sua especificidade e na sua possibilidade, contribuindo para a promoção da saúde e para a efetivação da Política de Humanização da Assistência a Saúde.

Nesse sentido, eventos que agregam órgãos governamentais e universidades, que incentivam a participação de profissionais e acadêmicos (representam profissionais em formação), que se impõem pela dinamicida-

de, efetivamente materializam parcerias de instituições fundamentais na formação de profissionais e na construção de práticas éticas. Essas são as “práticas possíveis que estimulam formações coletivas mais humanas e humanizadas, propondo instaurar uma nova relação entre o sujeito-usuário, o trabalhador-cuidador, as realidades locais e as vivências dos diferentes atores envolvidos nesta área” (BELLINI, 2004, p. 8).

Com este artigo, elaborado a partir da mobilização de uma aluna de 5º semestre da FSS/PUCRS, pretende-se contribuir com reflexão e discussão sobre as políticas de saúde, reiterando a importância da integração entre universidade e serviço de saúde nessa discussão.

## REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria de Governo. Assessoria Geral de Comunicação Social do Governo do Estado da Bahia. **Projeto Salvar completa cinco anos de atendimento de emergência de 27 de dezembro de 2002**. Disponível em: <[www.agecom.ba.gov.br/exibe\\_noticia.asp?cod\\_noticia=3504](http://www.agecom.ba.gov.br/exibe_noticia.asp?cod_noticia=3504)>. Acesso em: 14 ago. 2005.
- BARROCO, M.L.S. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BELLINI, M. I. B. Humanização: opção ou condição de sobrevivência na/da sociedade contemporânea. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2004.
- BRAVO, M.I.; PEREIRA, P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 1 jul. 2005.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>.

Acesso em: 10 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Portal da saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=168](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=168)>. Acesso em: 05 ago. 2005.

BUSS, P.M. et al. (Org.) **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, 1998.

CURY, C.R.J. **Educação e contradição**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GUIMARÃES, G.D. (Org.). **Aspectos da teoria do cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 11.

HEIMANN, L. et al. Avaliação dos sistemas municipais de saúde: uma proposta teórico-metodológica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 140-148, maio-ago. 2004. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi->>. Acesso em: 07 jan. 2006.

KELL, M.C.G. **Integralidade da atenção à saúde**. Disponível em: <[www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc](http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc)>. Acesso em: 15 ago. 2005.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 35-42.

LEFÈBVRE, H. **A vida cotidiana do mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.

MARTINELLI, M.L. O serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 57, jul. 1998.

PEREIRA, P. Por uma nova concepção de seguridade social. **Serviço Social: Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social**, n. 7, jul./dez., 2000.

PROGRAMA Primeira Infância Melhor. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/>>. Acesso em: 05 ago. 2005.

PROJETO Viva Criança. Disponível em: <[www.cvm.floripa.com.br/viva\\_crianca.htm](http://www.cvm.floripa.com.br/viva_crianca.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **HUMANIZA Saúde**: Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS). Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2005a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Projeto Município Resolve**. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br/assteplan\\_nova/projeto\\_municipio\\_resolve.php](http://www.saude.rs.gov.br/assteplan_nova/projeto_municipio_resolve.php)>. Acesso em: 14 ago. 2005b.

SETUBAL, A. A. **Pesquisa em serviço social**: utopia e realidade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.