

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**VANESSA PEREIRA SOUZA**

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA/RS**

**São Borja  
2017**

**VANESSA PEREIRA SOUZA**

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
da Universidade Federal do Pampa, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Elisângela Maia  
Pessôa

**São Borja  
2017**

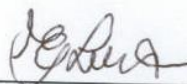
**VANESSA PEREIRA SOUZA**

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
da Universidade Federal do Pampa como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Serviço Social.

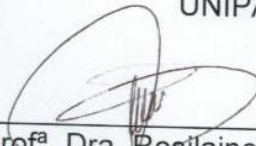
Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 07/07/2017.

Banca examinadora:



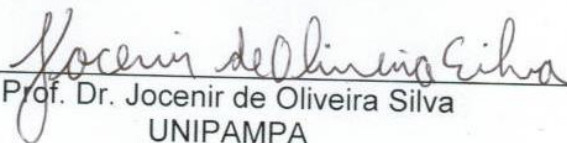
---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Elisângela Maia Pessoa  
Orientadora  
UNIPAMPA



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosilaine Coradini Guilherme  
UNIPAMPA



---

Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva  
UNIPAMPA

Dedico este trabalho ao meu marido, Evandro Dornelles, que sempre acreditou no meu potencial, apoiou minhas escolhas e me proporcionou viver este sonho.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso consiste em uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, em que se analisa a importância da inserção do profissional do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família, a fim de contribuir com elementos para a reflexão sobre os desafios da inserção deste profissional. Nesse sentido, o estudo tornou-se relevante à medida que dá visibilidade ao espaço do ESFs como âmbito de intervenção profissional. Assim, elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os desafios da inserção do profissional do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família no município de São Borja? O estudo realizado fundamenta-se no método materialista, histórico e dialético, que tem como categorias a totalidade, a historicidade e a contradição, utilizando a pesquisa bibliográfica – produções do Serviço Social nos últimos 16 anos – e documental – registros do estágio – como técnicas de pesquisa. A análise realizada se deu por análise de conteúdo. Indica-se já como conclusivo o fato de que a presença do profissional do Serviço Social inserido na composição básica das equipes de estratégias de saúde da família poderá contribuir com a atuação nas políticas públicas, mobilização da comunidade, autonomia dos usuários dos serviços de saúde e no atendimento da complexidade da realidade, território, família e do próprio indivíduo.

Palavras-Chave: Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The present Conclusion Paper consists of a qualitative exploratory research that analyzes the importance of the insertion of the Social Work professional in the Family Health Strategy, in order to contribute with elements for the reflection on the challenges of the insertion of this professional. In this sense, the study became relevant as the visibility of the ESFs as a field of professional intervention. Thus, the following research problem was elaborated: What are the challenges of the insertion of the Social Work professional in the Family Health Strategy in the municipality of São Borja? The study is based on the materialistic, historical and dialectical method, which has as totality, historicity and contradiction, using the bibliographical research - Social Service productions in the last 16 years - and documental - stage records - as techniques of research. The analysis was performed by content analysis. It is already conclusive that the presence of the Social Work professional inserted in the basic composition of the family health strategy teams can contribute to the actions in the public policies, community mobilization, autonomy of the users of the health services and In the fulfillment of the complexity of reality, territory, family and the individual himself.

Key Words: Health. Family. Health Strategy. Social Service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões CF – Constituição Federal  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família PIM – Primeira Infância Melhor  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Trajetória da Política de Saúde no Brasil .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 A Estratégia de Saúde da Família .....</b>	<b>22</b>
<b>3 O PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Serviço Social e Saúde .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 A intervenção do assistente social na política de saúde.....</b>	<b>34</b>
<b>4 DESAFIOS DA INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NAS ESFs NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Limites de atuação do profissional do Serviço Social nas ESFs.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Possibilidades de intervenção do profissional do Serviço Social nas ESFs</b>	<b>48</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>65</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Cabe iniciar esse Trabalho de Conclusão de Curso destacando a necessidade de buscar socialmente a compreensão que o conceito de saúde deve ser visionado de forma ampla, inclusive para fortalecer possibilidades de trabalho interdisciplinar que requer inclusão de vários profissionais na rede e atendimento em saúde de forma prioritária. Conforme Bravo (apud HOFF, 2016, p. 74) “a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social”. Sendo assim, discutir saúde na contemporaneidade deve prever olhar atento não somente para o corpo físico, mas atenção aos aspectos sociais, emocionais, econômicos, etc. Assim, busca-se a compreensão que o estado pleno de saúde perpassa um corpo que interage com o meio que vive. Assim como existe necessidade de ampliação do olhar sobre o entendimento de saúde ligado não somente ao corpo físico, a que se abrir espaço para inserção de novas categorias profissionais não tradicionalmente considerados profissionais da saúde, como é o caso do profissional do Serviço Social.

A escolha pelo tema deu-se através das vivências ocorridas em estágio I e II, disciplinas obrigatórias no curso de Serviço Social da UNIPAMPA, campus São Borja, estágio esse realizado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) São Borja, no período compreendido entre agosto de 2015 e julho de 2016. A partir dessa experiência emergiu o seguinte problema de pesquisa: Quais os desafios de inserção do profissional do Serviço Social nas Estratégias de Saúde da Família no município de São Borja?

A pesquisa realizada objetivou investigação sobre quais são os desafios de inserção do profissional de Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família no município de São Borja, optou-se por este recorte com o intuito de contribuir com elementos para demonstrar a importância da inserção do profissional do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família do município de São Borja. Enquanto objetivos específicos elencaram-se: 1) indicar quais são os profissionais que compõem as equipes de ESFs, pontuando os desafios da inserção do profissional do Serviço Social; 2) identificar como a obrigatoriedade da inserção do Assistente Social nas ESFs poderá contribuir no processo de saúde/doença; 3) identificar se a estrutura e metodologia de funcionamento das ESFs podem condicionar o trabalho do

profissional do Serviço Social; 4) pontuar se as relações de trabalho próprias no espaço das ESFs podem se constituir enquanto barreira para a execução do trabalho do profissional do Serviço Social; 5) verificar como o profissional do Serviço Social pode contribuir no processo de trabalho das ESFs no município de São Borja.

A condução desta pesquisa, desde a elaboração, até a construção dos resultados, se utilizou do método dialético crítico e de suas categorias, historicidade, totalidade e contradição, para apreensão da realidade. O método dialético crítico constitui-se como um método que possibilita a interpretação da realidade. Para Gil (2010, p. 32) “a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente”. Há de se considerar influências políticas, econômicas, culturais, opondo-se assim, a qualquer modo de pensar positivista ou fenomenológico. São categorias do método dialético-crítico:

A historicidade, enquanto categoria do método dialético-crítico faz referência à intencionalidade do pesquisador, é reunir as condições teóricas para propor uma transformação da realidade. A historicidade reconhece “[...] que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só pode ser apreendido a partir do desenvolvimento deste movimento, por cortes históricos” (PRATES, 2005, p. 142). Neste caso, o projeto de pesquisa utilizará a história para explicar o curso de constituição dos fatos, buscando os marcos históricos de constituição da política de saúde, retornando ao passado para explicar o presente, sendo assim, retomando ao surgimento da política de saúde, passando pela constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) até chegar às ESFs. A categoria historicidade não se resume ao estudo da história, mas o contexto de estruturação de determinado objeto em determinada sociedade por condicionantes culturais, econômicos, etc. No recorte aqui, ou seja, saúde consolidou-se a partir de diferentes culturas, por exemplo, tecnicista, higienista, que até mesmo hoje – após várias reformas – mantêm resquícios nas concepções e formas de atendimento aos usuários.

Destaca-se que a realidade deve ser considerada como totalidade concreta, ou seja, um todo estruturado em desenvolvimento. Captar a realidade em sua totalidade não significa, portanto, a apreensão de todos os fatos, mas de um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade das totalidades. Sendo assim, nenhum

fenômeno pode ser compreendido de forma isolada (GIL, 2010). Sendo assim, todos os fatos devem ser compreendidos como parte integrante de um quadro mais amplo, percorrendo do singular ao genérico, problematizando a realidade, determinando relações e suas influências.

É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade (KOSIK apud HOFFMANN, 2011, p. 92).

Sendo assim, a presente pesquisa está estudando um recorte particular de inserção em ESFs de São Borja – a partir da experiência de estágio –, esse recorte tem características e singularidades próprias. Porém, para uma análise ampla é necessário recorrer à categoria totalidade para sair desse particular e conectar-se com totalidades mais amplas ligadas ao contexto histórico do pensar sobre a política de saúde e inserção do profissional de Serviço Social nesse campo de atuação.

A contradição promove o movimento que permite a transformação dos fenômenos. O ser e o pensar modificam-se na sua trajetória histórica movida pela contradição, pois a presença de aspectos e tendências contrárias contribui para que a realidade passe de um estado qualitativo a outro (GIL, 2010).

O movimento dialético contraditório manifesta-se na realidade, numa relação de conflito no devir do real, onde cada coisa exige o seu contrário, como negação e determinação do outro. Nesse movimento surge o novo, mesmo que oposto, pois os contrários não se excluem mutuamente, mas se complementam e se superam (CURY apud HOFFMANN, 2011, p. 93-94).

Assim, a categoria contradição dialética e constantemente visita a categoria historicidade e totalidade, pois todos os movimentos apresentam resistências e controvérsias, prova disso, emerge dos próprios movimentos de implementação da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Assim, a inserção do profissional do Serviço Social na saúde tem raízes históricas, conjunturais, contornos próprios com particularidades e singularidades próprias de cada espaço, atreladas a várias contradições que se manifestam dialeticamente no cotidiano profissional, que precisam ser superadas e recriadas a cada momento. Sendo assim:

Na superação – [...] o superado é revelado e emerge mais profundamente que ele no imediato, embora o superado tenha sido o primeiro imediato. E isso implica – [...] um retorno ao passado: um aprofundamento do passado. E mais, - [...] o passado é reencontrado – mas superado e, por isso mesmo aprofundado, liberado de suas limitações, mais real que no início (LEFEBVRE apud HOFFMANN, 2011, p. 93-94).

A pesquisa foi orientada metodologicamente como um estudo bibliográfico, exploratório com abordagem qualitativa. Para Minayo (2012), a investigação qualitativa abarca a descrição e a análise da realidade de diferentes formas, para apresentar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou a vivência de um determinado fenômeno. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que os constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Portanto, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do sujeito pesquisador quanto dos atores pesquisados. Por esse motivo escolheu-se a pesquisa de tipo qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012, p. 21).

Segundo Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa pode ser o levantamento de dados para compreender e/ou interpretar determinados comportamentos e expectativas. O objetivo da pesquisa qualitativa é a observação, descrição, compreensão e significado. Por exemplo, em uma campanha de vacinação, é importante compreender o território e analisar o modo de vida dos sujeitos atendidos pela campanha. A subjetividade da pesquisa é o que a diferencia da pesquisa quantitativa, que é realizada em um determinado grupo, podendo ser coletada por entrevista individual ou questionário, por exemplo, com questões mais objetivas. Existem alguns pressupostos importantes para a utilização da pesquisa qualitativa:

[...] um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito, [...] como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida, [...] isso nos remete ao terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social (MARTINELLI, 1999, p.22-23).

A pesquisa qualitativa em Serviço Social possibilita um aprofundamento real do conhecimento. É importante para abrir os olhos para a realidade e modo de vida dos sujeitos, reforçando o compromisso do pesquisador com o conhecimento teórico e técnico. É por meio da pesquisa qualitativa que se pode superar uma prática tecnicista e mecânica.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida “a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2010, p. 50). Quanto à pesquisa exploratória, esta tem como objetivo proporcionar uma visão geral de tipo aproximativo acerca de determinado fato, familiarizando-se com um assunto ainda pouco conhecido e pouco explorado. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do explorador, neste caso, da intuição do pesquisador (GIL, 2010). A coleta ainda utilizou-se de pesquisa documental, muito semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo que a diferença entre elas é a natureza das fontes, a pesquisa documental utiliza material que ainda não recebeu tratamento analítico (GIL, 2010, p. 45). Neste caso os documentos utilizados foram os produzidos durante o estágio curricular obrigatório, sendo eles: diários de campo, análise institucional, relatório de estágio e projeto de pesquisa.

Para a pesquisa bibliográfica foram escolhidas revistas de referência acadêmica dentro do Serviço Social, sendo elas: Revista Serviço Social e Sociedade, *Temporalis*, *Texto e Contexto* e *Emancipação*. Elegeram-se como recorte temporal artigos publicados entre os anos 2000 e 2016, pois se considerou um espaço de tempo significativo para coleta de dados bibliográficos. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro com questões norteadoras. O critério de inclusão utilizado foi o ano de publicação (2000/2016), foram excluídos artigos que não giraram em torno da centralidade do tema a ser investigado Saúde, ESFs e Serviço Social.

A técnica de análise de dados desta pesquisa foi a análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação em que a frequência ou presença possuam algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para uma análise de significados, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem ser ocultos no discurso (MINAYO, 2012).

Segundo Minayo (2012), análise de dados tem como objetivo compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar a

compreensão de contextos para além do que se pode verificar nas aparências do fenómeno. Dentro da análise de dados Minayo (2012) utilizou-se dos seguintes passos:

-Ordenação dos dados: é neste momento que se faz um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, sejam elas as transcrições de gravações, releitura do material, organização dos relatos, entre outros;

-Classificação dos dados: neste momento elenca-se o que é relevante nos textos e assim, elaboram-se as categorias específicas a serem trabalhadas, neste sentido, determina-se o conjunto ou conjuntos das informações presentes na comunicação;

-Análise final: neste momento procura-se estabelecer articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Os benefícios proporcionados pela pesquisa foram no sentido de contribuir na reflexão dos desafios da inclusão do profissional de Serviço Social nas ESFs do município de São Borja.

O retorno dos dados será por meio da apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso, o qual trará os resultados obtidos através deste estudo, tendo como local para apresentação a Universidade Federal do Pampa, campus São Borja.

A temática desta pesquisa foi distribuída em capítulos, sendo eles: A Política de Saúde no Sistema Brasileiro, trazendo a trajetória da política de saúde no Brasil e a Estratégia de Saúde da Família; O profissional do Serviço Social e a Política de Saúde, abordando o serviço social e saúde e a intervenção do assistente social na política de saúde e por fim, Desafios da Inserção do Profissional de Serviço Social nas ESFs no Município de São Borja, tendo como foco os limites de atuação do profissional do serviço social nas ESFs e as possibilidades de intervenção do profissional do serviço social nas ESFs a partir dos resultados da pesquisa.

A relevância desta pesquisa visa contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição no campo da saúde, em especial na saúde da família.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA BRASILEIRO

Neste primeiro capítulo será apresentado um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a década de 1930, período em que a saúde era reconhecida como assistencialista. Avance pelo caminho percorrido a partir de transformações até chegar à promulgação do SUS (1990), e com isso a inserção do Programa Estratégia da Saúde da Família.

### 2.1 Trajetória da Política de Saúde no Brasil

A saúde no Brasil surge como passível de discussão atrelada à questão social apenas no início do século XX, mais precisamente na década de 1930. Em períodos anteriores a saúde era tratada na base da filantropia e em campanhas e serviços limitados, sendo exemplos delas: 1923 – Reforma Carlos Chagas<sup>1</sup> e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecida também como Lei Elói Chaves<sup>2</sup>.

A partir da década de 1930 o Brasil iniciou uma transformação econômica e social, a qual foi responsável pela mudança no perfil do país, esse período foi um divisor de águas para a história brasileira. De um lado, o declínio de uma classe social constituída até o momento por uma elite agrária rural, os senhores do café. De outro, a ascensão da burguesia industrial e o crescimento do proletariado urbano. Em meio a esse contexto, o Estado, que tenta se firmar e definir sua atenção dentro desta sociedade. É o momento em que o proletariado urbano inicia sua luta de reivindicações, juntamente com os trabalhadores rurais. Constituem-se no seio desta sociedade, organismos de questionamento e defesa destes trabalhadores (CARVALHO, 2009). O Brasil avança para a primazia das atividades industriais, vivenciando assim um processo de industrialização efetivo, ocasionando aceleração da urbanização o que levou ao aumento expressivo da população trabalhadora. Considerando que a rede urbana não estava preparada para receber tal contingente

---

<sup>1</sup>A Reforma Carlos Chagas tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política

<sup>2</sup>As CAPs eram financiadas pela União, empresas e empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Os primeiros trabalhadores a conquistar esse benefício foram os ferroviários, seguidos dos estivadores e marítimos em 1926, e os demais só após 1930 (BRAVO, 2009).

populacional, geraram-se precárias condições de higiene, saúde e habitação. Nesse sentido o Estado é chamado a intervir:

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformarem-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2006, p. 91-92).

A década de 1930 foi um período de incertezas para a população brasileira e de instabilidade social e política. A população passou a se revoltar, pois o Estado demorava demais para realizar as mudanças necessárias para a efetivação do regime constitucional democrático. Era um país mergulhado em contradições num mundo exaltado socialmente, esse cenário impulsionou greves, ocupações de fábricas, ameaça de golpes, etc. A questão do acesso à saúde aparece de forma significativa como uma das reivindicações da classe operária (CARVALHO, 2009).

Segundo Bravo (2006), a política de saúde no Brasil durante o período das décadas de 1930 a 1940, era de caráter nacionalista, tendo como estratégia central: campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas rurais endêmicas, como resultado da migração para a cidade; criação de serviços de combate às endemias (febre amarela e malária) e reorganização do Departamento Nacional de Saúde.

Também durante a década de 1930 que foram criados os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) em substituição aos CAPs, com o objetivo de atingir um número maior de trabalhadores assalariados, diferenciando assim, previdência e assistência social, o que ainda não existia. Desta forma, tinham direito ao atendimento de saúde quem era trabalhador assalariado, não beneficiando a população desempregada e trabalhadores rurais. Aí reside todo um contexto de desigualdade e precarização daquele que por não possuir trabalho formal – portanto não contribuinte – eram impedidos de ter necessidades básicas atendidas.

No período de 1945 a 1964, não houve muitas mudanças na saúde da população brasileira, pois os quadros de doenças infecciosas e parasitárias não foram eliminados, tampouco os índices de morbidade e mortalidade infantil, e



mortalidade geral foram controlados. Destaca-se fato preocupante relacionado à perspectiva de saúde enquanto campo de atendimento privado:

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos (BRAVO, 2006, p. 93-94).

Segundo Bravo (2006), o período compreendido entre as décadas de 60 e 70 não houve resolução para os problemas estruturais, mas sim um aprofundamento em face ao acirramento da questão social, sendo esta para Yamamoto (2005): a questão social é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas. Destaca-se que:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital (BRAVO, 2006, p. 93).

Neste período, (1964- 1974), ampliou-se a medicina previdenciária para além do trabalhador urbano, contemplando o trabalhador rural, empregadas domésticas e os autônomos. Porém, foi ampliada e privilegiada a saúde privada visando os interesses internacionais, como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, assim como, incentivando a capitalização da medicina e de seus detentores desses serviços. Também, a política social, no “período de 74/79, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2006, p. 94).

A partir de 1980, o Brasil passa por um período de transformação, com o fim do período ditatorial, vivenciando um período de democratização e de uma grande crise econômica que perdura até hoje. Nesse período, na saúde, destaca-se o projeto da reforma sanitária, que tem como uma de suas estratégias o Sistema

Único de Saúde (SUS), sendo este fruto de lutas e mobilizações de profissionais de saúde, movimento sanitário, partidos políticos e de movimentos urbanos.

Dentre as principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária destaca: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do poder decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. Dessa forma fazendo com que o Estado atue em função da sociedade, responsável pelas políticas sociais e pela saúde (BRAVO, 1996).

Foi durante a Reforma Sanitária que houve a proposição de um novo conceito de saúde como resultado do modo de vida da população. Dessa forma, rompeu com o entendimento de que saúde é a ausência de doença. Mudança essa reconhecida pela Constituição Federal de 1988, e base para a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 (HOFF, 2016).

Destaca-se que vezes surgem equívocos e a Reforma Sanitária é confundida com a Reforma Psiquiátrica. Mas a Reforma Psiquiátrica consistiu em uma crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental, e também uma crítica às Instituições Psiquiátricas Clássicas.

Têm-se na história, os hospitais gerais e Santas Casas como locais de segregação, onde pessoas que eram vistas como ameaça à “ordem social” eram levados e permaneciam reclusas; como leprosos, prostitutas, ladrões, loucos e vagabundos. Posteriormente, foram criados os Hospitais Psiquiátricos ou Manicômios, locais onde houve a diferenciação do “louco” dos demais “antissociais”, e a estes restavam somente à clausura e a medicalização (HOFF, 2016, p. 101).

Entre os anos 1987 e 1992, lutou-se pela desinstitucionalização psiquiátrica e, nos anos seguintes (1992-1995) deu-se o processo de implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial. Ainda que já tenha avançado muito o atendimento em Saúde Mental, ainda existem manicômios e hospitais psiquiátricos em funcionamento no país (HOFF, 2016).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi instituído o conceito de Seguridade Social, garantindo o direito à saúde, previdência e assistência social, no chamado tripé da seguridade social. Destaca-se que o objetivo da seguridade

social é o de uma ação social que garanta certos patamares mínimos de vida. A relação sociedade e Estado gera um pacto de direitos públicos de que todos os cidadãos são titulares e que o Estado e seus governantes são responsáveis pela ação e prática desses direitos. Portanto, seguridade social é o conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. De acordo com Silva (2004, apud HOFFMANN, 2011, p. 28), “a seguridade social deve ser entendida como proteção social por existir o risco de acontecimentos previsíveis ou fortuitos em diversas fases da vida do sujeito”.

A promulgação da Constituição de 1988 refletiu em ampliação dos direitos sociais e com isso tornou o acesso gratuito à saúde enquanto um direito de todo cidadão, um avanço frente às demandas de desigualdades sociais. Já que anteriormente o modelo de atendimento era dividido entre os que podiam pagar pelos serviços de saúde privado, os que tinham direito à saúde por serem segurados da previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. Destaca-se no artigo 196 da CF de 1988:

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 a ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Já o conceito de SUS é definido pelo artigo 198 da mesma constituição:

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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (...) 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, s/p).

Com isso a concepção do SUS está baseada em um modelo voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social. O SUS trás uma nova concepção de saúde mais ampliada,

que vai além da assistência médica curativa, focada somente na doença, mas passa a ser entendido como resultante do modo de vida, alimentação, lazer, transporte, emprego, moradia. Destaca-se que em 1990 foi promulgada a Lei 8.080 que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), lei esta que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional. Pontua-se que:

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 (BRASIL, 1990, s/p).

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde presentes na Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990) giram em torno da:

- *Universalidade*, enquanto garantia de atenção à saúde, por parte das três esferas de governo, a todo e qualquer pessoa que dela necessitar, ou seja, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- *Equidade* refere-se à necessidade de tratar desigualmente os desiguais, de modo a alcançar igualdade de oportunidades de sobrevivência e garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos, pois apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e possuem necessidades distintas;
- *Integralidade* idealiza um sistema capaz de prestar assistência integral, atendendo a todas as necessidades da população. Considerando o cidadão como um todo indivisível, não é possível fracionar as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde.

Indicados os princípios cabe destaque também às diretrizes como, por exemplo, a *descentralização* que implica a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Isso ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada esfera de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde, com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes. Além do processo de descentralização partilhar a gestão dos serviços previa-se que considerando que o Brasil apresenta grandes

diversidades – econômico-sociais, climáticas, culturais, etc. – seria possível possibilitar aos municípios assumir uma gestão da saúde em seus territórios de acordo com realidades, necessidades e características de sua população. Porém, é fato que a municipalização dos serviços tem gerado diversas discussões, como por exemplo, em torno do aumento da privatização de serviços e orçamento municipal insuficiente para dar conta das demandas.

Outra diretriz, *regionalização e hierarquização* referem-se à forma de organização das unidades de saúde e de seus serviços. A regionalização é um processo de articulação entre serviços que já existem, visando ao comando unificado destes. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis na região. Significa que, os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, sendo mais uma perspectiva de atuação do que uma delimitação rígida de regiões, clientelas e serviços (BRASIL, 1990). A Lei nº 8080/90, define a direção do SUS em cada esfera de governo, e especifica a competência dos três níveis de gestão, sendo eles: Federal (Ministério da Saúde – gestor nacional); Estadual (Secretaria de Estado de Saúde ou órgão equivalente); e Municipal (Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente) (BRASIL, 1990).

A gestão federal tem a função de elaborar políticas e diretrizes nacionais, bem como colaborar com os sistemas de saúde estadual e municipal, repassar os recursos previstos em orçamento e regulá-los. A União também deve promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde e se articular também com outros órgãos governamentais para formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos de saúde.

Compete à gestão estadual promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, acompanhando, controlando e avaliando as redes hierarquizadas do SUS, estabelecendo normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde e também no caso da vigilância sanitária. Os estados também devem prestar apoio técnico e financeiro

aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde, inclusive no que diz respeito à vigilância epidemiológica, entre outras. À gestão municipal de saúde compete o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e os serviços de saúde, gerindo e prestando os serviços públicos de saúde da população.

A participação da comunidade é um direito garantido por lei. Por meio de representatividade da sociedade, os Conselhos de Saúde que têm poder deliberativo, de caráter permanente, participarão do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Torna-se importante destacar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem como referencial os pressupostos citados no projeto da Reforma Sanitária, e são inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado. Durante a década de 1990, após a promulgação da nova Constituição Federal e a criação do SUS, o Decreto nº 99.438/90 estabeleceu o novo Conselho Nacional de Saúde com ampla representação social e com caráter permanente e deliberativo, e também estabeleceu quatro segmentos na composição do conselho, quais são: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde (público e privado) (BRASIL, 1990).

Por fim, a *integração* reporta-se à possibilidade de estabelecer um alinhamento de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde. É fundamental a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, para garantir condições básicas necessárias à saúde da população, pois de nada adiantaria oferecer apenas ações que tratem a doença diretamente – consultas, tratamento, internação, exames, etc. – se os agentes causadores das doenças não fossem tratados – estrutura e condições de higiene à comunidade.

## **2.2 A Estratégia de Saúde da Família**

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de substituir o modelo assistencial curativo pelo modelo preventivo, e também para descentralizar as políticas de saúde, tornando-a mais resolutiva em parceria com o governo estadual e municipal. Assim os PSFs deveriam:

Contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definições de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, s/p).

Conforme documento do Ministério da Saúde, “a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferenças locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais” (BRASIL, 1997, s/p). O Programa Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes atuam em ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O atendimento é prestado nas unidades básicas ou no domicílio do usuário pelas equipes de saúde da família. Assim, esses profissionais e os usuários acompanhados criam vínculos de corresponsabilidade o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

[...] o objetivo da ESF refere-se à organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (VENÂNCIO, 2008 apud GONÇALVES, 2011, p. 8).

As ESFs, inicialmente chamadas de Programa de Saúde da Família (PSF), surgiram em 1994, com o objetivo de aumentar e melhorar o acesso ao sistema de saúde. A nomenclatura mudou no passar dos anos, pois esta ação não se refere a um programa com começo e final determinado, mas sim de um processo contínuo sem previsão de término das estratégias de organização das ações. A estratégia da saúde da família reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, equidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir da unidade básica de saúde da família, que trabalha com base nos princípios da integralidade e hierarquização. Destacam-se particularidades de implantação dos antigos PSF:

O PSF, ser implantado como “estratégico” para o sistema de saúde, no sentido de ampliar e permitir o acesso da população à rede de saúde, visto que a demanda reprimida é ainda um grande desafio no alcance da universalização dos serviços. Também não podemos desconsiderar que como porta de entrada no sistema, ao apresentar resolutividade, tanto no aspecto quantitativo como qualitativo, o PSF estará “filtrando” atendimento nos ambulatorios e na rede hospitalar, a princípio reduzindo altos gastos, no que contribui para a nacionalização do sistema de saúde e para o capital (indicação do Banco Mundial), segundo as políticas de ajuste que o Brasil vem implementando acentuadamente a partir da década de 90, do século passado (TEIXEIRA; NUNES, 2009, p. 124).

Segundo o Portal da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012), a equipe básica de uma ESF deve ser composta por uma equipe multiprofissional, sendo no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família ou comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ainda podem ser acrescentados os profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica determinada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade.

As ESF como a principal porta de entrada e comunicação com a Rede de Atenção à Saúde são orientadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Descritos pela PNAB (BRASIL, 2012):

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter-setoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O



estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetividade da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de efetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de

competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) considera os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais.

No município de São Borja o chamado até então programa, foi implantado em 2002, contando com 14 equipes, sendo 12 em área urbana, uma unidade móvel e um em zona rural, onde as ESF trabalham com território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população registrada. As equipes são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, em média seis agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar odontológico e agente operacional de saúde. Estas equipes contam com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), criado pela portaria nº 154 de 2008 e implantado no município de São Borja no mesmo ano. O NASF funciona como apoio às ESFs e é composto por profissionais como: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicóloga, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros. A escolha dos profissionais se dá pelo gestor municipal de acordo com as necessidades e prioridades do município e disponibilidade de profissionais (SOUZA, 2015, s/p).

### **3 O PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE**

Neste capítulo serão abordados fragmentos da trajetória histórica do Serviço Social tendo como destaque a inserção do profissional no campo da saúde até os dias atuais, assim como, será discutido de forma geral como se dá a intervenção do assistente social na política de saúde.

#### **3.1 Serviço Social e Saúde**

Como já foi dito no capítulo anterior, a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado prover as condições de acesso (BRASIL, 1988). Com a mudança do conceito de saúde, discutido na Reforma Sanitária, passando para um conceito mais ampliado - indo além da simples ausência de doença - a relação saúde/ doença passou a ser caracterizada como decorrente das condições de vida e de trabalho e da necessidade do acesso igualitário a todos os serviços que objetivem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Transformando a saúde em um dos principais campos para a atuação do serviço social.

Para entender a inserção do profissional do Serviço Social na saúde buscou-se destacar sua trajetória anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988. Para tanto, se destaca que no período de 1964-1974, com a assistência médica estando ligada à previdência, foi criada a Secretaria de Bem Estar, órgão de direção superior do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tendo como objetivos a promoção de atividades assistenciais com caráter educativo visando à integração social. As ações previstas para o assistente social giravam em torno de: atendimento individual, de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter educativa preventiva e comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Em 1972, com a aprovação do Plano Básico do Serviço Social na Previdência, definiu a atuação do assistente social junto aos beneficiários (segurados e dependentes) em duas áreas – saúde e trabalho e previdência. Na saúde e trabalho – recorte apresentado aqui – as ações foram focadas na recuperação de segurados incapacitados, considerando fatores psicossociais e econômicos que pudessem interferir no tratamento médico e na manutenção dos benefícios; na atuação integrada na clínica pediátrica, verificando os fatores

psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; e no sistema de proteção, recuperação da saúde. Destaca-se que:

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolveu-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (BRAVO, 2006, p. 27).

Na década de 1970, devido ao cenário econômico, político e social vivido naquele momento da história – acirramento de desigualdades, ditadura militar, etc. – e dicotomias do âmbito da categoria profissional, o Serviço Social dá fortalecimento à ruptura com o conservadorismo profissional voltado a práticas tecnicistas. Surge a intenção de um novo projeto profissional crítico, guiado em conhecimentos teórico-metodológicos e posicionamentos ético-políticos, capaz de ações que viabilizem mudanças nas realidades onde há atuação do assistente social.

Embora a ruptura com o conservadorismo fosse eminente, durante o período de 1974 – 1979, o Plano Básico de ação do Serviço Social continuou norteando a atuação do assistente social até meados de 1976, quando começou a ser questionado pelos profissionais da instituição. Houve também uma ampliação das intervenções, em 1976 na assistência psiquiátrica e na saúde mental em 1977. Apesar dos esforços para modificar e dar outra direção para a profissão, como o aprofundamento teórico dos docentes de cursos de Serviço Social, os movimentos sociais e o movimento sindical, não alterou a forma de atuação do assistente social na saúde. Infelizmente:

O surgimento do movimento sanitário que, através de seus representantes, apresentava propostas teórico-práticas para o enfrentamento da questão também não teve repercussão nos assistentes sociais da área. A prática profissional continuou sendo norteada pela direção modernizadora, com uma ação predominantemente rotineira, burocratizada, empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade. As condições de vida e trabalho como fundamentais para a saúde não foram valorizadas, bem como a participação popular (BRAVO, 2007, p. 118).

Já durante o período compreendido entre os anos de 1979 a 1984, Bravo (2007) diz que os profissionais do Serviço Social continuavam distantes de atingir um novo padrão de intervenção, deixando de ser executor terminal das políticas de

saúde, evidenciado na falta de engajamento no movimento sanitário. O assistente social continua subalterno na área da saúde, tendo como protagonista o médico, e também pela condição feminina da profissão. Porém:

Alguns assistentes sociais da área da saúde, nesse período, começaram a se sensibilizar pela saúde coletiva, visualizando a importância de atuar em centros de saúde e ambulatórios, enfocando os determinantes sociais da questão. O espaço prioritário da ação profissional, até esse momento eram unidades de internação e a abordagem se restringia aos pacientes e familiares na situação vivenciada (BRAVO, 2007, p.125).

Com a chegada dos anos de 1980, além de ter sido um período de mobilização política, também foi uma época de aprofundamento da crise econômica, evidenciado pela ditadura militar, fortaleceram-se discussões e movimentos de categorias profissionais para a ampliação da saúde coletiva. Os profissionais do Serviço Social passam a acirrar debates em torno de discussões relacionadas ao Estado e as políticas sociais, agora embasadas em um olhar da teoria social crítica.

Com a atual conjuntura brasileira – ampla participação e representatividade da população, movimentos e classes sociais que conquistaram direitos promulgados pela constituição - crescentes demandas, novas formas de manifestações da questão social que impõem à saúde, se faz necessário profissionais comprometidos em vincular a ética, política, vida social e profissional, pois a realidade não é objetiva e sim complexa e contraditória, tornando o Código de Ética Profissional um instrumento fundamental no direcionamento e suporte à prática profissional (VASCONCELOS, 2009).

As profissões surgem e se desenvolvem a partir das necessidades históricas, respondendo a determinações econômicas e políticas da realidade social. É histórica a preocupação do conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social) com esse tema, no que se refere à atuação do assistente social na saúde e a necessária articulação com o projeto ético-político da profissão.

Ainda que não seja uma profissão exclusivamente da saúde, o código ao se posicionar em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, referenda os ganhos constitucionais na Seguridade Social (VASCONCELOS, p. 55, 2009).

Destaca-se que o trabalho do assistente social na saúde – nos dias de hoje – afirma um compromisso com o fortalecimento do SUS, juntamente com o projeto ético político da profissão, sendo que este se originou na busca pelo rompimento do conservadorismo antes estabelecido, e pela construção de uma nova perspectiva pautada na liberdade como valor central, propondo uma nova ordem societária, sem exploração de classe, gênero, etnia, orientação sexual. É um projeto que visa não só os profissionais do serviço social, mas atinge novas questões teóricas e metodológicas transformando a profissão, como por exemplo, sua relação com a realidade, trajetória histórica (MATOS, 2013).

Segundo Vasconcelos (apud MATOS, 2013), o profissional do Serviço Social atuando na área da saúde demonstra uma postura pouco crítica se distanciando do projeto ético-político, no geral exercendo atividade de levantamento das necessidades do usuário para posterior encaminhamento, sendo sua maioria caracterizada como atendimento único com o usuário, essa postura é vista desde o atendimento nas ESFs até hospitais de alta complexidade. Dessa forma corre-se o risco da atuação do profissional do Serviço Social na saúde discordar com os avanços do projeto ético-político profissional e o projeto da reforma sanitária. Agravado por duas razões:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro se refere à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS (MATOS, 2013, p. 62).

Consideraram-se alguns pontos para a inserção do Serviço Social – Resolução nº. 287, de 28 de outubro de 1998, do CNS e a Resolução CFESS nº. 383/99. Em seu artigo 1º- caracteriza o assistente social como profissional de saúde, entre esse pontos estão: o fato da Constituição estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado; a 8ª Conferência Nacional de Saúde ter dado um novo conceito à saúde, com uma compreensão mais ampliada; e que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar, entre outros (CFESS, 1999).

[...] respeitando a “integralidade das ações, a participação social”, afirmando a “importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e reconhecendo como imprescindíveis, as ações realizadas por diferentes profissionais”, são reconhecidos como profissionais de saúde os assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais (VASCONCELOS, 2009, p. 49-50).

Durante os anos 1990, com a implantação do projeto neoliberal no Brasil, surgem diferentes requisições para o serviço social, isso ocorreu devido à disputa dos projetos políticos na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. O projeto privatista exige do assistente social a atuação em seleções socioeconômica dos usuários, fiscalização aos usuários de planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor, práticas individuais. Já o projeto da reforma sanitária determina que o assistente social trabalhe com a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. Estes dois projetos continuam em disputa, em determinados momentos o governo estimula o projeto privatista, em outros momentos realiza o segundo projeto, mas de qualquer forma, sempre com maior ênfase no primeiro (CFESS, 2010).

Cabe ao serviço social, assim como, às outras áreas de profissionais, os quais defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), buscar estratégias para reforçar a efetivação do direito social à saúde, sendo assim, o profissional de serviço social que tenha como norte o projeto ético-político deve ter necessariamente articulado ao projeto de reforma sanitária (CFESS, 2010). Segundo os parâmetros para a atuação do assistente social (CFESS, 2010), realizar um trabalho eficaz e crítico na área da saúde representa:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde/ doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos

governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Apesar do profissional do Serviço Social já ter avançado muito como profissão na área da saúde, se faz necessário ainda alguns avanços para que com isso possa atender a população usuária, visando os reais interesses da população e facilitando o acesso aos serviços de saúde. Bravo (apud GRACIANO, 2013), traz algumas questões importantes para o desenvolvimento da prática do assistente social na área da saúde:

- Os assistentes sociais na área da saúde necessitam construir alternativas profissionais que superem as atividades técnico-burocráticas – ainda difundidas – e focalizem a ação técnica-política, contribuindo principalmente para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, a elevação da consciência sanitária e a ampliação dos direitos sociais.
- A temática movimentos sociais e saúde é um dos eixos em que o assistente social pode contribuir no nível teórico-prático, fortalecendo conselhos e movimentos que tenha como objetivo acesso e materialização do SUS.
- Necessidade de busca de alternativas teórico-metodológicas que possam oferecer subsídio para superar a precariedade dos serviços de atenção à saúde, visando a



sua universalização e o estabelecimento de relações com os movimentos populares, a direção da democratização das práticas institucionais e na conquista da cidadania.

- Ênfase na participação social, que pode ser um caminho para viabilizar os sistemas locais de saúde, tornando efetiva a presença da sociedade civil na elaboração de políticas de saúde.

- O exercício da atividade profissional, de forma competente e crítica – com formulações teóricas-políticas aliadas a instrumental técnico-operativo para responder às demandas colocadas – em que a ação profissional resulte de investigações que focalizem a questão social e suas particularidades no momento conjuntural, e as suas derivações para a área da saúde, de modo que a capacidade de enfrentamento nessa área seja mais eficaz.

Esses apontamentos indicam necessidade de ampliação do olhar profissional para além do aparente, busca-se nesse sentido, um profissional que saia das unidades de saúde e fortaleça movimentos sociais, conselhos, fóruns de debate, dimensão investigativa da profissão e busque aperfeiçoamento constante. Para Bravo e Matos (apud GRACIANO, 2013), pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma compromissada e criativa submeter à operacionalização de seu trabalho aos arranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de reforma sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Complementando Yamamoto (apud GRACIANO, 2013, p. 50) diz que o desafio do profissional do Serviço Social é:

Redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.

Para tanto isso exige compreensão quanto à realidade dos espaços sócios ocupacionais, capacitação permanente, reflexão conjuntural e fortalecimento da categoria profissional de forma geral.

### **3.2 A intervenção do assistente social na política de saúde**

O profissional do Serviço Social vem atuando no campo da saúde desde o início da profissão, seja em ações individualizadas e assistencialistas – que visavam à integração do sujeito com o meio – até hoje, após o novo projeto profissional e direito social garantido pela Constituição Federal - no caso deste estudo o recorte saúde – o assistente social ao atuar na saúde presencia expressões da questão social, em um espaço contraditório marcado por possibilidades e limites.

O Código de Ética (BRASIL, 2012) da profissão demonstra que há ferramentas importantes para o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, como na prestação de serviços diretos à população, planejamento, assessoria, gestão e na mobilização e participação social. Com base na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) algumas competências e atribuições fundamentais para a compreensão do contexto sócio histórico:

- 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 apud SANTOS, 2012, s/p).

Segundo os parâmetros para atuação dos assistentes sociais, os profissionais para atuar nas diferentes políticas sociais devem fugir das abordagens tradicionais funcionalistas e costumeiras, deixando de fortalecer o conservador e trabalhando as

situações sociais como problema pessoal que deve ser resolvido de forma individual (CFESS, 2010).

A saúde do trabalhador vem se mostrando como uma importante área de trabalho para o assistente social, devido à importância das condições sociais que impactam no processo de saúde/doença, a precarização do trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho. Neste caso o assistente social atua no atendimento individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes equipe multidisciplinar. (CFESS, 2010).

São quatro grandes eixos para a atuação do assistente social na área da saúde, segundo os Parâmetros para atuação (CFESS, 2010):

- Atendimento direto aos usuários: compreende desde a atenção básica até as ações de média e alta complexidade em qualquer instância, seja ela, federal, estadual ou municipal. São realizadas ações socioassistenciais, interdisciplinares e socioeducativas, sendo que não ocorrem de forma isolada, mas fazem parte de um processo coletivo de trabalho, complementar e indissociável;
- Mobilização, participação e controle social: este eixo envolve a participação de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais. O principal objetivo é a cooperação na organização dos usuários enquanto sujeitos políticos, podendo expressar suas reivindicações na saúde. São espaços de participação os conselhos, conferências, fóruns entre outras;
- Investigação, planejamento e gestão: este eixo tem como panorama o fortalecimento da gestão democrática e participativa, produzindo em equipe propostas que possibilitem e fortaleçam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais;
- Assessoria, qualificação e formação profissional: este eixo tenciona o aprimoramento profissional, sendo o objetivo a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Através da educação permanente de todos os trabalhadores envolvidos na área da saúde, sejam eles, conselheiros, gestores, representantes comunitários, estudantes e residentes, entre outros.

O trabalho em equipe realizado pelo assistente social na área da saúde deve ser pautado pela observação, interpretação das condições de saúde do usuário, encaminhamento de ações, diferenciando-o dos demais trabalhadores que atuam na saúde. O assistente social não será responsável por ações de cunho técnico

administrativo e também por atividades que necessitem de formação específica de outras áreas como, por exemplo, médicos, enfermeiros, entre outras.

O Serviço Social é reconhecido como uma profissão essencialmente interventiva, tendo seu trabalho voltado para a intervenção nas diferentes expressões da questão social, contribuindo assim, para a redução das desigualdades e injustiças sociais, atuando também no processo de fortalecimento dos sujeitos através da participação em movimentos sociais, conselhos de direitos e outras organizações. Essas indicações independem do espaço de atuação, ou seja, na assistência social, habitação, educação, saúde, etc. o objeto de trabalho e a dimensões profissionais serão as mesmas. Para que se tenha uma direção na intervenção profissional do assistente social é necessário o desvelamento da realidade e a produção de novos conhecimentos – independente da área – isso deve ocorrer por meio do fortalecimento e exercício da atitude investigativa. Destaca-se que:

O serviço social é uma profissão investigativa e interventiva. Portanto as análises de seus estudos e pesquisas precisam ser realizadas a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa. Para que os estudos e pesquisas tenham utilidade social é fundamental, além da clareza do projeto ético-político construído coletivamente pela categoria, o domínio teórico-metodológico e técnico-operativo, alicerçados pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, atribuições, competências e compromissos necessários à realização dos processos de trabalho, em qualquer espaço ou âmbito de atuação onde o assistente social o realize (FRAGA, 2010, p. 46).

A dimensão ou atitude investigativa do profissional do assistente social deve interagir dialeticamente com as três dimensões: teórico-metodológica, que responde ao por que fazer; ético-político, que se refere ao para que fazer, negando a neutralidade profissional; e técnico-operativa, que se remete ao como fazer. As dimensões se articulam e se expressam durante a intervenção profissional (PAULA, 2013).

A atitude investigativa faz com que o trabalho dos profissionais do Serviço Social não esteja concentrado na imediatividade das demandas, as ações não podem ser repetitivas, rotineiras e esvaziadas de sentido, Martinelli (apud FRAGA, 2010, p. 53) indica que “uma riqueza de vida que poucas profissões têm, temos uma

atividade que se constrói na trama do cotidiano, que se constrói nas tramas do real”. Assim o assistente social:

Tem uma ação profissional que se tece no dia a dia dos usuários, na particularidade de suas vidas, transita entre demandas, carências e necessidades que se constituem de ações múltiplas. Sendo assim, esse profissional é desafiado a superar-se constantemente, reconhecendo a realidade sócio-histórica em que vive e trabalha, tornando-se protagonista da construção do projeto ético-político da categoria, que deve assegurar a ampliação da liberdade, ser atuante na consolidação da democracia, garantindo a todos os sujeitos maior equidade e justiça social, enfrentando as contradições e desigualdades socialmente produzidas (FRAGA, 2010, p.53).

A postura investigativa contribui para que os profissionais do Serviço Social que atuam na área da saúde possam concretizar a intervenção profissional comprometida com os princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade. A contribuição do assistente social se dá no processo de democratização das ações e dos serviços de saúde, e em ações para favorecer o fortalecimento do projeto da reforma sanitária.

A operacionalidade dos profissionais da saúde deve viabilizar ações que possibilitem o auto desenvolvimento e a emancipação dos usuários dos serviços, sujeitos que sejam capazes de participar das decisões institucionais, por meio de mecanismos de controle social.

O trabalho do assistente social ancorado no projeto ético-político deve ser orientado para práticas educativas de abrangência coletiva, por meio das quais se ofereçam recursos para que a população usuária do SUS possa ampliar a situação isolada de usuária da saúde assim como, a vazia condição de cidadãos portadores de direitos, que não se efetivam como prática social, e possam vir a serem sujeitos que lutem por seus direitos (BARBERÁ et al., 2007, p.7).

As ações do profissional na saúde voltada para os direitos sociais não se realizam na imediaticidade das instituições, programas e projetos do SUS, muitas vezes os profissionais e usuários dos serviços ficam presos aos limites institucionais. Para direcionar a ação profissional na perspectiva da ruptura com práticas antigas, é necessária a efetivação de ações orientadas por princípios democráticos em defesa da qualidade dos serviços ofertados. Assim, é necessário um profissional com conhecimento teórico-metodológico, crítico, competente, comprometido para a realização do processo para o reconhecimento do usuário como um sujeito político a

ser estimulado para, numa perspectiva mais ampliada, participar na luta política alterando o modo da ação profissional. Não quer dizer que todo ato administrativo é inútil, mas cabe ao profissional do Serviço Social realizar ações que levem ao conhecimento da realidade, exercer pesquisas como mapeamento de recursos, entre outros (RAMOS, 2013).

É através dos instrumentos e técnicas – dimensão técnico-operativa – que se dá materialidade à ação profissional dos profissionais do Serviço Social. Os assistentes sociais estarão atuando em palestras, campanhas, elaboração de projetos e programas, reuniões, capacitações de apoio, materialização de políticas e legislações, encaminhamentos a rede, realizando entrevistas sociais, visitas domiciliares, plantão social – dar-se-á desta aos três últimos recursos levando-se em conta que são os mais utilizados na intervenção em saúde – etc.

A entrevista social no início da atuação profissional era utilizada como mecanismo de conhecimento dos problemas sociais da clientela, era atribuído um caráter terapêutico e de ajuda psicossocial, ignorando a necessidade de conhecer a realidade social na qual o sujeito está inserido. Hoje a entrevista é pensada como uma primeira aproximação com o usuário para assim reconhecer suas demandas, e com isso produzir formas de encaminhamentos ou respostas, identificando as possibilidades de atendimento. Destaca-se que

[...] é este instrumento como um dos meios de que os assistentes sociais se utilizam para proceder ao seu fazer profissional que não deve finalizar-se naquele momento, mas indicar outras possibilidades de atuação (SILVA apud RAMOS, 2013, p.71).

Portanto, a entrevista é um processo de atendimento, não termina em um único contato com o usuário do serviço, mas requer – de acordo com cada instituição e intervenção profissional – desdobramentos da ação (RAMOS, 2013). As entrevistas também podem ser usadas como instrumento de pesquisa, permitindo um conhecimento da realidade da comunidade do sujeito, da dinâmica familiar, suas necessidades, com isso pode-se traçar o perfil da população atendida pelo serviço, refletindo acerca do que pode ser feito em relação às demandas identificadas.

A visita domiciliar em sua origem era conhecida como uma ação fiscalizatória e coercitiva, cheia de preconceitos e juízes de valores, mas na atualidade é apresentada como constitutiva da prática profissional do assistente social. Ramos

(2013, p. 74) diz que “[...] é necessário um contato direto com a vida da população atendida, conhecendo seus hábitos, culturas, valores, condições socioeconômicas”, e posteriormente elaborando estratégias para a intervenção. A visita domiciliar ainda pode ser vista como um processo invasivo, dessa forma é importante que ela seja planejada, para que os usuários não se sintam constrangidos. Não raro ainda se cobra em setores da saúde que a visita domiciliar seja usada de forma inquisitória para que o profissional pressione usuários para mudarem seu modo de vida, em uma perspectiva higienista, aí reside necessidade de resistência diante da perpetuação de um conservadorismo instituído.

O plantão social é o mais utilizado pelo assistente social no campo da saúde, realizado em uma sala ou espaço determinado. As demandas surgem na instituição de saúde, porém torna-se importante reflexão crítica sobre a demanda para que se distancie da postura tutelada em relação ao usuário.

[...] quando o usuário chega ao plantão para ser atendido, a demanda apresentada muitas vezes não está diretamente relacionada com as ações do serviço social naquela instituição; a solicitação do atendimento muitas vezes se refere às atividades que não são pertinentes ao trabalho do profissional. (...) esse profissional acumula um conhecimento acerca da dinâmica e do funcionamento institucional que é extremamente ampliado, e esse acúmulo deve ser revertido em um atendimento qualificado ao usuário (RAMOS, 2013, p. 79).

Barberá et al (2007) aponta dois problemas na atuação do profissional do serviço social no plantão: a primeira é a falta de organização de um local adequado para os atendimentos, alguns deles realizados no leito e na presença de familiares, desrespeitando a privacidade do usuário; o outro problema identificado é em relação às demandas que chegam ao assistente social, geralmente sem uma ação que antecipe às necessidades dos usuários, ocasionando que as ações não sejam planejadas, são tratadas na pontualidade das necessidades não atuando no que não está aparente.

O assistente social está inserido na ESF no município de São Borja/RS através do NASF, que são equipes multiprofissionais que atuam de maneira integrada e apoiando as equipes das ESFs do município. O trabalho do NASF é orientado pelo apoio matricial o qual se dá a partir das necessidades, dificuldades ou limites das equipes de saúde da família diante das demandas de saúde. Esse apoio matricial se concretiza através do compartilhamento dos problemas, troca de

saberes e práticas entre os trabalhadores. O trabalho do NASF pode ser desenvolvido de duas formas: através da dimensão assistencial, produzindo ação direta com os usuários do serviço de saúde; e a dimensão técnico-pedagógica, através da educação permanente. Sendo que essas duas dimensões devem e podem misturar-se em diversos momentos (SOUZA, 2015, s/p).

As atividades do profissional do Serviço Social deverão situar-se como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem o fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2014).

Além das atividades descritas pelo Caderno de Diretrizes (BRASIL, 2014), o profissional do serviço social do NASF São Borja, também, executa as demandas impostas pela instituição, tais como: visita domiciliar para pesquisa socioeconômica para concessão de óculos, encaminhamento de autorização para transporte intermunicipal de usuários que necessitam de consulta em centros de referências em reabilitação física e auditiva (SOUZA, 2015, s/p). É fato que ainda existem caminhos para serem percorridos, como por exemplo, o entendimento do papel e atuação do profissional do Serviço Social, ampliação do número de profissionais, implementação de projetos de pesquisa para além do trabalho imediato, canais de fortalecimento da participação da sociedade civil, etc.



#### **4 DESAFIOS DA INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NAS ESFs NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Este capítulo trás os resultados da pesquisa realizada com base no recorte documental – registros produzidos no estágio em Serviço Social – e bibliográfico nas principais revistas especializadas no Serviço Social, sendo elas: Serviço Social e Sociedade, Temporalis, Emancipação, Textos e Contextos, em um período compreendido entre os anos 2000 e 2016.

Foram localizadas apenas três publicações que retratam o tema deste estudo, porém não discutem especificamente de forma plena o recorte objeto de estudo deste Trabalho de Conclusão de Curso. Esse mapeamento levou a seguinte reflexão: Qual o motivo da falta de publicações relacionadas à inserção do profissional do Serviço Social na Saúde nas revistas de destaque da categoria? Trata-se de temática desinteressante para os profissionais, em especial a discussão sobre a inserção do profissional do Serviço Social como parte da composição mínima das ESFs? Ou ainda: Os profissionais que vem publicando sobre Serviço Social e saúde estão enviando suas produções para periódicos de outras áreas do conhecimento? A resposta para essas questões mereceria outra pesquisa, no entanto pontua-se a importância de pesquisa e publicações que debatam a inserção profissional desse espaço uma vez que a própria categoria profissional expediu resolução que considerou os profissionais do Serviço Social como atuantes na saúde<sup>3</sup>.

Os artigos encontrados foram: Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil – Fuhrmann, Revista Textos e Contextos (2003) –; Serviço Social e o Campo da Saúde: para além dos plantões e encaminhamentos – Sodré, Revista Serviço Social e Sociedade (2010) –; Educação Permanente em Saúde: a experiência do Serviço Social com Equipes de Saúde da Família – Santos, Revista Textos e Contextos (2011). Vemos aí um destaque para revista Textos e Contextos no que diz respeito à publicação de artigos na área. A partir desses artigos e outros – escolhidos para além do recorte temporal indicado – buscou-se transversalizar os resultados da coleta documental com a bibliográfica.

---

<sup>3</sup> Resolução nº 383 do CFESS de 29 de março de 1999.

#### 4.1 Limites de atuação do profissional do Serviço Social nas ESFs

Como visto anteriormente, os profissionais que compõe obrigatoriamente as ESFs são: o médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, sendo que de acordo com documentos produzidos durante o estágio obrigatório é de fato a composição das ESFs do município de São Borja, contando ainda com alguns com profissionais de saúde bucal. Não sendo obrigatória a inserção do profissional do Serviço Social nesse espaço de atuação, torna-se um desafio garantir e dar visibilidade quanto aos ganhos no investimento municipal ao optar pela contratação ou abertura de concurso na referida área. Infelizmente destaca-se que:

Não é vedada a inclusão de outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros; no entanto, a falta de recursos tem levado as prefeituras a optarem, quase que unanimemente, pela equipe mínima (FUHRMANN, 2003, p.12).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) determina as atribuições individuais e comuns dos profissionais de saúde pertencentes às equipes de atenção básica. Sendo atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidade; manter atualizado o cadastramento das famílias e indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da ESF e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local; garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; participar do acolhimento dos usuários através da escuta qualificada; realizar busca ativa; entre outras.

A PNAB (BRASIL, 2012) não menciona as atribuições específicas ao profissional do Serviço Social por ele não constar como membro obrigatório da equipe multiprofissional da estratégia de Saúde da Família, porém é fato que há necessidade de outros profissionais serem inseridos para garantir trabalho interdisciplinar que da conta das realidades vivenciadas, assim como para dar conta das demandas indicadas. Destaca-se que:

Existe a necessidade emergente de estar inserindo outros profissionais nas equipes das ESFs, especialmente o assistente social, uma vez que ele poderá orientar os demais profissionais acerca das temáticas familiares e das expressões da questão social que podem resultar em doenças, problemas de saúde. Se o mapeamento, conhecimento do local for realizado de forma correta e constante na visão social, torna-se possível realizar um planejamento de ações específicas de cada território. Conseguindo efetivar o foco na promoção de saúde e na prevenção de doenças, melhorando a qualidade de vida da população e diminuindo os custos para o Estado (GONÇALVES, 2011, p. 192).

A partir dos argumentos acima fica evidente que a obrigatoriedade da inserção do Assistente Social nas ESFs poderia contribuir no processo de saúde/doença, pois não raro, patologias que emergem são consequências do acirramento de expressões da questão social que giram em torno tanto da falta de acesso a serviços por quanto de desigualdades, como reflexos das mais diversas formas de violência, principalmente a estrutural. Nesse sentido, o profissional do Serviço Social viria a contribuir diretamente no trato de seu objeto de trabalho.

Um dos grandes desafios encontrados para a inserção do profissional do Serviço Social nas ESFs está em comprovar para a gestão municipal e federal a importância do Assistente Social na atenção básica (SOUZA, 2015), reafirmando a necessidade do trabalho coletivo para a garantia da saúde da população. Constitui limite e desafio sensibilizar para o fato de que o profissional do Serviço Social atua para além da assistência social, pois como mencionado no capítulo anterior o assistente social é caracterizado como profissional da saúde. De acordo com a Resolução nº 383 do CFESS de 29 de março de 1999, contribuindo assim, para o atendimento das demandas imediatas, facilitando o acesso às informações e ações educativas para que a saúde seja entendida como resultado do modo de vida e das relações sociais, econômicas e políticas (SANTOS, 2013). Pontua-se que:

A ESF retomou o debate que propunha menos operários que apertassem somente parafusos, mas inseria uma leitura de que as políticas de saúde são de fato políticas sobre a vida, por isso não são objeto de forma exclusiva a um único saber profissional ou peça a ser trocada por um especialista. O discurso científico pedia a ampliação do campo, alargava as bases de análise e a tornava multiprofissional de forma definitiva. Com isso, passa a existir um chamamento ao discurso de participação e de multiplicidade (SODRÉ, 2010, p. 463).

Com a inserção obrigatória do assistente social nas ESFs, poder-se-ia avançar e contribuir no processo de saúde/doença através do fortalecimento do conceito de saúde ampliada, pois a estrutura das ESFs do município de São Borja ainda está muito focada na doença aparente, imediata. Como relatado em diário de campo, documento realizado em estágio obrigatório destaca-se:

As visitas domiciliares são realizadas a partir de demandas trazidas pelos trabalhadores das equipes das ESFs do município de São Borja, principalmente pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), solicitação essa realizada junto ao Serviço Social do NASF para atendimento de situações vivenciadas pelos usuários do serviço. Sendo a visita domiciliar em questão na residência de uma senhora idosa (72 anos), onde a expressão da questão social são sinais de maus tratos, e uso abusivo de álcool por parte dos filhos adultos. A visita domiciliar foi realizada e o encaminhamento dado pela Assistente Social do NASF foi de recomendar que essa senhora passasse a frequentar o Centro DIA, recomendação essa que seria feita também ao CREAS do município. Não houve continuidade no atendimento (SOUZA, 2015, s/p).

No capítulo anterior já foi explicitado à definição de saúde ampliada, assim, destaca-se novamente que a concepção ampliada de saúde leva em conta os determinantes sociais de saúde, como estruturante do processo de saúde/doença. O encaminhamento realizado acima se trata de ação pontual no aparente, emergente. O fato de não ter um profissional do Serviço Social no ESF leva o profissional do NASF diante de todas as demandas apenas amenizar situações emergências, não há condições de somente um profissional aprofundar estudos e acompanhamento contínuo de casos como o apresentado acima o que traz prejuízo à perspectiva de saúde ampliada.

A definição do conceito ampliado de saúde envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a sua saúde como qualidade de vida, portanto, exige condições que permitam a população exercer sua cidadania, que podem ser traduzidas pelas condições gerais de vida que influenciam o estado de saúde da população. Gonçalves (2011, p. 185) afirma “[...] necessidade de profissionais do Serviço Social

na política de saúde através da afirmação que ressalta o trabalho nas expressões da questão social que emergem da população com a evolução do processo saúde/doença”. Outro destaque que vem referendar a obrigatoriedade do trabalho do profissional do Serviço Social nas ESFs está ligado ao fato do profissional ao buscar conhecimento de realidade estar buscando abranger a indicação de atuação em determinada realidade a partir da dimensão territorial como é solicitado aos profissionais da equipe básica. Destaca-se assim que:

(...) a questão social destaca-se como elemento decisivo na relação entre trabalho do assistente social e realidade, sendo o conhecimento de suas expressões particulares indissociáveis de uma perspectiva de exercício profissional que possua a dimensão territorial como elemento estratégico na consecução de ações (MATTOSO, 2009, p. 243).

Dentre as expressões da questão social vistas no decorrer do estágio obrigatório destacaram-se: violência velada ou visível, abandono de idosos, maus tratos às crianças ou mulheres em situação de vulnerabilidade social ou econômica, falta de acesso econômico às medicações e/ou próteses, etc. (SOUZA, 2015-2016) Destacou-se em particular o acompanhamento de denúncia de maus tratos materno em relação à criança com problemas neurológicos que ficava todo dia reclusa a um cercadinho, não recebendo estímulos próprios para idade estando esta com aparência emagrecida – relatada por funcionária do PIM (Primeira Infância Melhor)<sup>4</sup>. Fica nítido que a situação não se restringia a um atendimento pontual à questão de saúde – neurologia e baixo peso – emergiu ai todo um contexto de discussão social mais ampla, determinada por condicionantes próprios de serem reconhecidos e articulados junto às intervenções do profissional do Serviço Social.

É um fato a visualização da contribuição que o profissional do Serviço Social estará proporcionando para as equipes da Estratégia de Saúde da Família, pois assim realizará um trabalho multiprofissional, abrangendo a observação das expressões da questão social que emergem da população daquele território estando em conformidade com as atribuições preconizadas no documento CFESS, realizando o que preconiza a Constituição Federal de 1988, o Código de Ética Profissional e a Política de Saúde, que é a garantia do acesso ao direito à saúde (GONÇALVES, 2011, p.188).

---

<sup>4</sup> Política pioneira no Brasil, o Primeiro Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente às famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. ([www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)).

Em relação às questões norteadoras referentes a identificar se a estrutura e metodologia de funcionamento das ESFs podem condicionar o trabalho do profissional do Serviço Social, e pontuar se as relações de trabalho próprias no espaço das ESFs podem se constituir enquanto barreira para a execução do trabalho do profissional do Serviço Social, não foram encontradas bibliografias que pudessem responder a essas questões, porém é possível fazer um ensaio reflexivo a partir dos documentos de estágio que podem pontuar algumas questões.

Em relação à estrutura das ESFs do município de São Borja, foi constatado nos documentos de estágio obrigatório, que as ESFs não possuem espaço adequado para a atuação do assistente social, por não possuírem espaço reservado e de uso exclusivo para o Serviço Social. Existe a sala do atendimento médico, sala da saúde bucal, sala da enfermagem, farmácia, e em alguns casos espaço dedicado ao uso das ACS, além dos espaços de uso comum, como: cozinha, banheiros e recepção. As ESFs do município também não possuem veículo próprio, quando necessário é solicitado à secretaria de saúde. Em uma das ESFs onde o projeto de intervenção foi realizado uma das agentes de saúde utiliza veículo particular para se deslocar até sua área de atuação, devido à distância entre o posto e sua área de atuação (SOUZA, 2016). A estrutura de atendimento certamente seria um desafio, assim como cumprir com a Resolução do CFESS nº 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social:

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado [...] o atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo (CFESS, 2006, s/p).

Em relação à metodologia de funcionamento, das ESFs fica claro que devem procurar modificar o modelo anterior em que a assistência à saúde era centrada na doença, enfoque curativista, hoje se procura abranger não só a doença, mas o usuário como um todo, assim o serviço deve ser voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos. Porém, por ter orientação dirigida às famílias, a maior parte dos programas e projetos é padronizada nas instâncias superiores da saúde – Estados e Governo Federal –, como por exemplo: atendimento aos hipertensos,

tabagismo, ações de saúde bucal, deixando restrita a intervenção dos profissionais de saúde que compõe a equipe básica. Quando a equipe fica presa às ações pré-estabelecidas acabam por gerar interferência no processo de intervenção das reais necessidades de saúde da população, não produzindo muitas vezes mudanças significativas na qualidade de vida e na humanização dos serviços de saúde. Nesse ponto a atuação do assistente social torna-se fundamental junto à equipe da ESF, pois sua contribuição profissional deve ir além do trabalho curativo e preventivo, pois pode enriquecer e ampliar o fazer, fortalecer o conceito ampliado de saúde, potencializar a integralidade e a organização do serviço de saúde. Um exemplo de padronização também são as visitas das ACS, onde foi percebido que a maioria fica presa ao básico: vacinas, preventivo, divulgação das campanhas.

[...] faço as visitas nas famílias todos os dias, acompanho os hipertensos, as vacinas das crianças, divulgo as campanhas quando tem, e no final do mês a gente faz o relatório e passa todas as visitas, os acompanhamentos, e entrega para a enfermeira - fala de uma das ACS durante o acompanhamento das visitas domiciliares (SOUZA, 2016, s/p).

A discussão de casos - segundo a enfermeira da ESF- muitas vezes é realizada na cozinha do posto mesmo, e ali se constrói o que fazer, como será feita a intervenção (SOUZA, 2016, s/p). Essa forma de trabalho com certeza demonstra um empecilho para o trabalho do assistente social, visto que há um compromisso com o sigilo profissional e respeito pela particularidade dos sujeitos, estando essa questão indicada no código profissional de 1993<sup>5</sup> e reforçada em resoluções posteriores expedidas pelos órgãos da categoria profissional. Nesse sentido a que se fortalecer um debate intenso com a equipe quanto à responsabilidade com o sujeito que se atende.

A metodologia de trabalhos das ESFs pelo que foi percebido durante o estágio obrigatório e documentos, mesmo que com dificuldades comporta sim a inserção do assistente social, o que parece ser necessário são alguns ajustes quanto aos processos e atendimentos a saúde, como citado anteriormente, quanto às discussões serem realizadas em locais adequados. Em relação às ações padronizadas, como as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, o profissional do Serviço Social torna-se fundamental para contribuir no matriciamento e assim

---

<sup>5</sup> CAPÍTULO IV, Artigos 15 ao 18 – Do sigilo profissional, Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais aprovado em 15 de março de 1993.

explorar melhor o processo da visita, entre outros. Assim fica evidente que o entendimento de atendimento em saúde de forma ampliada deve ser melhor amadurecido e lapidado no âmbito das equipes profissionais.

Em referência a relação de trabalho própria das ESFs ficou evidente durante a execução do projeto de estágio, que a coordenação das equipes é realizada pela Enfermeira, não ficou clara – nos documentos analisados – a relação com o médico e nem com o setor da saúde bucal. Porém, pela vivência de estágio ficou evidenciado que nesse sentido as relações de trabalho próprias no espaço das ESFs podem se constituir enquanto barreira para a execução do trabalho do profissional do Serviço Social, pois a concepção metodológica quanto à atuação nas ESFs indica necessidade de trabalho coletivo e interdisciplinar. Tanto os médicos quanto dentistas não podem ser vistos como profissionais isolados. As informações que podem emergir de todos os profissionais – quando apropriado – podem ser utilizadas como pontos estratégicos para atendimento aos sujeitos. Nesse sentido, diálogos, reuniões, pesquisas, estudos de caso são fundamentais. Porém infelizmente ainda se perpetuam concepções conservadoras onde são estabelecidas hierarquias profissionais onde determinado profissional é considerado melhor que outro criando relações doentias de poder e submissão.

Porém, com todas as dificuldades segundo Fuhrmann (2003), a estratégia de saúde da família é uma viabilizadora da saúde, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde da família, do indivíduo e da comunidade, distanciando-se do modelo hospitalocêntrico e curativo para ações preventivas e reabilitadoras, estabelecendo laços entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços. Nesse sentido, o objetivo das ESFs é nobre, porém ainda requer materialização de ações que perpassam orçamento, diálogo e compreensão dos sujeitos de forma integral.

#### **4.2 Possibilidades de intervenção do profissional do Serviço Social nas ESFs**

No decorrer do estágio obrigatório, notaram-se algumas questões onde a inserção do profissional do Serviço Social seria de suma importância, sendo que essas questões não são contempladas pelo NASF, mas pontuadas nos diários de campo como possibilidades, entre elas estão: educação permanente; transformação das demandas apresentadas no dia a dia das ESFs em necessidades



sociais de saúde; identificar o comum entre os diversos projetos profissionais existentes nas ESFs, fortalecer as ações de saúde; planejar ações de acordo com a realidade social de cada território, e mobilização das equipes na luta por melhores condições de trabalho.

Destaca-se que a educação permanente em saúde é uma política de atenção aos trabalhadores, a qual objetiva a transformação dos processos de trabalho a partir de aprendizagem significativa, ou seja, privilegiam-se nas práticas de saúde a partir dos saberes existentes, valores preestabelecidos e as estruturas de poder e organização do trabalho em vigência, acrescida com reflexões críticas sobre o trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população e que sejam dotadas de sentido, tanto para os usuários como para os trabalhadores (BRASIL, 2012). A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, de qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012, p. 38).

A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micro-política, bastante próximo dos sujeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2012, p. 38-39).

Em 1980, por inspiração de Paulo Freire, nasce o conceito de competência processual, compreendendo as experiências individuais e coletivas. Esta abordagem colaborou com a ampliação do conceito de educação permanente, orientada para enriquecer a essência humana e suas subjetividades, em qualquer etapa da existência de todos os seres humanos e não somente de trabalhadores (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitude visando qualificar e reorganizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re) organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar

com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente (BRASIL, 2014, p. 80).

Segundo Furhmann (2003, p. 13), "a lógica do trabalho em saúde na perspectiva da atenção básica encontra-se na substituição da centralidade individual e curativa para uma abordagem na família, na comunidade e na prevenção". A ação educativa tem mais condições de ser concretizada se fizer parte do dia a dia e se organizar no local de atuação, vinculado aos trabalhadores, potencializando ações e tencionando a luta de classes no interior dos serviços de saúde. Apesar de fazer parte das diretrizes das ESFs, as discussões referentes à educação permanente em saúde, não são realizadas com a dimensão necessária, sendo reduzido a treinamentos técnicos – na maioria clínica – operativos e mudanças pontuais/organizativas dos processos de trabalho. Justifica-se essa falta pelo desconforto em deixar a demanda pontual, o número reduzido de profissionais para atender o quantitativo de usuários que solicitam os serviços de saúde, entre outros (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011). Porém quando se trata sobre o pensar do fazer profissional do assistente social destaca-se que:

Quanto ao Serviço Social, observa-se que – apesar de não ser prerrogativa exclusiva dessa profissão – ações educativas e processos reflexivos dessa natureza podem ser construídos por esse profissional, dado sua formação e o projeto ético político da categoria, ancorado numa perspectiva emancipatória (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011, p. 24).

Transformar as demandas sociais que se apresentam no cotidiano do trabalho em necessidades sociais de saúde é uma das possibilidades na atuação do Serviço Social, pois os fatores determinantes da saúde transpassam para necessidades de saúde, como: as boas condições de vida, sendo que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades; acesso às grandes tecnologias proporcionando a melhora ou a prolongação da vida; criação de vínculos efetivos entre os usuários e o profissional ou equipe de saúde, compreendido como uma relação contínua; é a autonomia que cada pessoa tem na sua forma de conduzir a vida, o que é mais que educação e informação (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). Destaca-se que:

É um fato a visualização da contribuição que o profissional do serviço social estará proporcionando para a equipe da estratégia de saúde da família, pois assim realizará um trabalho multiprofissional, abrangendo a observação das expressões da questão social que emergem da população daquele território estando em conformidade com as atribuições preconizadas no documento do CFESS, revalidando o que preconiza a Constituição Federal, o Código de ética Profissional e a Política de saúde, que é a garantia do acesso ao direito à saúde (GONÇALVES, 2011, p. 188).

As necessidades de saúde são produto das relações sociais e estas com o meio físico, cultural e social. São fatores condicionantes da saúde os agentes biológicos (idade, sexo, herança genética), o meio físico (condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade da alimentação, habitação), meios socioeconômicos e culturais (renda, acesso à educação, lazer, hábitos, relações interpessoais, acesso a serviços de promoção e recuperação da saúde) (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). Assim:

A definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho (NOGUEIRA e MIOTO, 2009, p. 229).

Dessa forma é fundamental entender a saúde como produto e parte do modo de vida, das condições de existência, por isso o processo de saúde/doença é um espelho da forma como o ser humano está inserido na sociedade. Considerando o fato de que o profissional do Serviço Social busca possibilidades de fortalecimento do acesso às políticas públicas que promovam garantia de direitos e por consequência melhoria da qualidade de vida tendo como nenhum outro profissional o foco na classe trabalhadora que vive e se condiciona aos ditames do mercado e, portanto do capital, torna-se fundamental olhar sobre a indicação das autoras abaixo:

A promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (MATTOS, 2005 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 230).

Entendeu-se dessa forma que o acolhimento das necessidades de saúde remete ao acolhimento das necessidades sociais, entre elas a alimentação, habitação, saneamento básico, educação e cuidados de saúde. Atender todas essas necessidades requer tempo, pois se trata de modificar as condições de vida, o que não é automático, dessa forma destaca-se a integralidade na saúde. A integralidade permite a articulação entre os profissionais e os serviços de saúde, reconhecendo assim a pessoa como um todo, que não pode ser separada do seu território. Assim,

A adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos de saúde/doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde. Confirmando essa afirmação pode-se apresentar como evidência a exigência do uso de indicadores sociais, além dos epidemiológicos, para o planejamento das ações relacionadas à atenção básica (BRASIL, 2006 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 231).

Outra possibilidade para atuação do Serviço Social é identificar os consensos entre os diversos projetos profissionais no âmbito da atenção básica, fortalecendo ações de caráter integral, interdisciplinar, sendo que o Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 2012) permite essa reflexão de que os assistentes sociais busquem parceria com outras categorias profissionais, remetendo a ideia da necessidade de organização da categoria que ultrapasse os limites do corporativismo: [...] articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores (BRASIL, 1993). Destaca-se que:

A integralidade enquanto princípio norteador da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implica numa abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos. Assim sendo, cabe à equipe de saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos, os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2014, p. 88).

Segundo Sodré (2010), o setor da saúde criou equipes que não interagem, o trabalho é compartimentado, fragmentado, sendo necessário romper com essa forma de atuação em direção à construção de práticas interdisciplinares. O assistente social se encaixa nesse processo entendendo as condições de vida e de trabalho dos usuários do serviço de saúde, o desvelamento dessas particularidades é o foco de análise e atuação do profissional do Serviço Social. Porém a que se ter cuidado para que o profissional não seja visto como mero executor de triagens que

levem a benefícios para suprir necessidades básicas, assim estar-se-ia perpetuando a mesma dicotomia em relação ao trabalho do assistente social na assistência social de forma assistencialista. A que se fortalecer a perspectiva do profissional enquanto agente que faz parte de processo de mediação de políticas públicas e sociais em prol do acesso e materialização de direitos estabelecidos enquanto primazia da busca de dignidade humana.

Reforça-se ainda que, entende-se por interdisciplinaridade o fato de que cada agente profissional exerça sua contribuição resguardando a integridade de seus métodos e conceitos, respeitando a autonomia de cada profissão envolvida. Sendo que, a interdisciplinaridade se constrói a partir da troca e da cooperação entre as áreas envolvidas, ou seja, a socialização do conhecimento, linguagens e conceitos, com isso facilitando o processo de comunicação. A interdisciplinaridade contribui para a superação da ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde, objetivando ações das equipes de saúde. O assistente social inserido nas equipes de saúde contribui a partir do seu olhar técnico especializado e diferenciado em relação aos usuários dos serviços de saúde e suas condições de vida (SILVA; MENDES, 2013).

O assistente social, ao participar de 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, que diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46).

O trabalho do assistente social na saúde passa pelo desvelamento das relações sociais contraditórias, expressa nas condições de vida e trabalho dos usuários dos serviços de saúde, o que deve buscar historicidade dos fatos saindo de situações particulares e singulares até totalidades maiores de compreensão de estrutura social. A atuação deve ser intersetorial, pois é impossível atuar sobre as condições de vida da população e não levar em consideração as demais políticas, como por exemplo: habitação, assistência social, educação, entre outras (SILVA; MENDES, 2013).

O planejamento de ações de acordo com a realidade social no território de abrangência de cada ESF é outra possibilidade de intervenção para o assistente social. Sendo que o planejamento das ações do profissional do Serviço Social no

campo da saúde envolve os demais trabalhadores da saúde, pois o trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família é coletivo, envolve uma multiplicidade de fatores e determinantes. Apesar do trabalho em saúde ser coletivo, no plano profissional específico se faz necessário haver um direcionamento à ação que será desenvolvida, e com isso demarcar seu espaço sócio ocupacional dentro das equipes de saúde. Durante o planejamento é importante desvendar o território o qual a equipe da ESF compreende, pois só com o conhecimento desse território é possível reconhecer suas especificidades.

A partir deste objetivo, sente-se a falta de um trabalhador que faça essa leitura da realidade e elabore um diagnóstico social, tanto das famílias, bem como do território como um todo, para que a partir disso e destas orientações, os demais profissionais possam estar realizando e implantando as suas ações, e o profissional que realiza estas atividades é o assistente social (GONÇALVES, 2011, p. 184).

Durante o diagnóstico da realidade local do território, é importante também reconhecer os pontos positivos, não só os problemas. Com o diagnóstico montado é preciso planejar uma ação que produza o impacto apropriado sobre as condições de saúde da população, famílias e indivíduos da área abrangida pela ESF. Para Sodré (2010), o território tornou o ponto de ação da saúde coletiva, observando os hábitos e as manifestações da cultura local, sendo colocados como determinantes sociais da saúde. Estes determinantes sociais estão visíveis na saúde, atuando de forma clara na reprodução social. As dinâmicas dos territórios sofrem influências da cultura local, das políticas mundiais, e o modo de vida torna-se a principal fonte para trabalhar a saúde como resultado da ação profissional do assistente social.

O que aqui queremos confirmar é que esse trabalho requer uma ação política por excelência. Dinamizar redes, ativar e conhecer as dinâmicas produtivas dos territórios, conhecer hábitos e a cotidianidade da coletividade posta em análise nas lentes das unidades de saúde focadas no território. Um trabalho característico da ação de um profissional de serviço social (SODRÉ, 2010, p. 464).

A mobilização da equipe de profissionais de saúde das ESFs por melhores condições de trabalho é outra possibilidade para atuação do assistente social pontuada em documentos de estágio, visto que a sobrecarga de trabalho ficou evidente quando houve a necessidade de utilizar uma ACS em função para a qual não foi contratado, no caso suprir a necessidade de secretária na ESF do município:

(...) “hoje não vamos fazer visita domiciliar, é meu dia de ficar no atendimento, já que não temos secretária há dois meses” – fala da ACS (SOUZA, 2016, s/p). Sobrecarga de trabalho e a precariedade das condições de trabalho podem provocar problemas de saúde no próprio trabalhador da saúde, como também pode haver reflexo na precariedade do serviço ofertado à população usuária.

Outra possibilidade para atuação é a participação no fortalecimento dos Conselhos como assessor, conselheiro governamental ou ainda como representante da sociedade civil. Seja qual for a forma de participação do profissional do Serviço Social nos conselhos, ela vai poder contribuir para tornar os espaços propositivos e reivindicatórios, pela socialização de informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso aos direitos, ampliação de canais para a participação popular, entre outros. Como enfatiza Iamamoto (apud DURIGUETTO, 2013, p. 347-348):

[...] ao exercer a função de conselheiro, o assistente social faz uso de seu saber específico, já que lida com objetos que têm afinidade com os da profissão, como a questão social, as políticas sociais, os direitos sociais, os programas e correlações de força institucionais. Também o possibilita exercer a dimensão política da profissão, que pode ser expressa na socialização de valores, concepções, ideologias que contribuam para o processo de organização e de intervenção críticos e consequentes da população nas políticas em que atua como profissional.

No decorrer do estágio obrigatório houve a participação do Serviço Social (NASF) – representando a secretaria de saúde – em uma reunião do Conselho Municipal de Assistência Social, onde foi respondido um questionário emitido pela Prefeitura Municipal de São Borja. Participação esta apenas para cumprimento de metas institucionais, pois se tratava de um questionário meramente burocrático, o qual não gerou nenhum desdobramento ou ação futura (SOUZA, 2015, s/p). Assim fica nítido que ainda há o que se mobilizar e refletir junto às instâncias que podem fortalecer o controle social.

Mattoso (2009) diz que ao se inserir na ESF com clareza das implicações ético-políticas de seu dever profissional e através de sua intervenção poder identificar, analisar e avaliar de que forma a população vivencia as demandas apresentadas, o assistente social pode produzir informações para planejar ações voltadas ao fortalecimento da população usuária dos serviços de saúde e à organização comunitária para a defesa dos direitos sociais.

Por ter contato direto com os usuários, por disponibilizar e socializar conhecimentos, o trabalho do assistente social pode, nesse sentido, interferir nos determinantes das condições de saúde da população. Esse processo, por conseguinte, poderá alimentar ações inovadoras capazes de propiciar o atendimento às efetivas necessidades sociais para além das demandas instituídas (MATTOSO, 2009, p. 248-249).

Além das possibilidades para a atuação do assistente social na ESF pontuadas nesta pesquisa, o Serviço Social tem todo um aparato teórico-metodológico – teoria como instrumento do real, onde ocorre a intervenção profissional –, técnico-operativo – para criar estratégias e táticas de intervenção –, e ético-político – comprometido com um determinado projeto profissional –, que nos aproxima das demandas e relações sociais. Porém, exige-se segundo Iamamoto (2005), um profissional crítico, com capacidade para formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a democratização das relações sociais.

Ainda há um longo caminho para materializar a ação profissional do Serviço Social no campo da saúde em especial nas ESFS, mas a inserção deste profissional não pode ser limitada a uma política governamental, sujeita a modificações sazonais ou alterações políticas e programáticas, não se pode perder de vista esse espaço enquanto resistência às práticas conservadoras no âmbito da saúde.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto até este momento no Trabalho de Conclusão de Curso e através da análise dos artigos selecionados que envolvem a inserção do assistente social na Estratégia de Saúde da Família, é possível afirmar que esta temática ainda é pouco explorada. Como apontado anteriormente, foram localizados poucos artigos publicados nas principais revistas relacionadas ao Serviço Social em um período de 16 anos (2000/2016). O que levou a pouca produção encontrada não faz parte do objetivo desta pesquisa, mas merece um estudo do por que desta temática não despertar interesse a categoria do Serviço Social.

Com base nos objetivos que foram propostos neste estudo, o primeiro deles buscou indicar quais são os profissionais que compõem as equipes das ESFs, pontuando os desafios da inserção do profissional do Serviço Social. Sendo assim, através da análise, ficou evidente que as ESFs no município de São Borja cumprem com a formação básica determinada pela Política Nacional de Atenção Básica, sendo a atuação do assistente social realizada apenas como apoio, através do NASF. Portanto, torna-se um desafio garantir e comprovar para a gestão municipal e federal a importância deste profissional, uma vez que as ações do Serviço Social não podem ser avaliadas quantitativamente, se torna um desafio construir um indicador para monitorar o trabalho e assim demonstrar a importância da inserção obrigatória nas equipes das ESFs.

No que diz respeito ao segundo objetivo que foi proposto, que era identificar como a obrigatoriedade da inserção do assistente social nas ESFs poderá contribuir no processo de saúde/doença, foi identificado através dos documentos produzidos em estágio que a obrigatoriedade da inserção deste profissional contribuiria no fortalecimento do conceito de saúde ampliada e na busca do conhecimento da realidade a partir do território. Sendo que o assistente social atua na perspectiva de observar o indivíduo como um todo, abrangendo, portanto a família também, que é o objetivo das ESFs, pois não há como promover a saúde sem analisar a temática familiar e as expressões da questão social que podem ser causas daquele adoecimento. Como exposto no capítulo anterior, a assistente social do NASF não consegue dar o acompanhamento necessário e ideal, pois é um profissional para atender todas as ESFs do município – com características de território distintas – e ainda atender as demandas impostas pela instituição.

Em relação ao terceiro objetivo, que trata de identificar se a estrutura e metodologia de funcionamento das ESFs podem condicionar o trabalho do profissional do Serviço Social, não foram encontradas bibliografias que respondessem a esta questão, porém foram pontuadas em documentos de estágio algumas questões que evidenciam que as ESFs do município de São Borja ainda oferecem serviços padronizados, de cunho emergencial, tratando a doença e não o indivíduo como um todo. Também ficou evidente que as ESFs não possuem estrutura adequada para a inserção do assistente social como parte da equipe básica. Desta forma o assistente social pode atuar diante dos problemas encontrados e negociar com a equipe de trabalho e com a gestão do município recursos necessária ao desenvolvimento da sua prática e assim promover mudanças significativas para a comunidade atendida no território de cada ESF.

O quarto objetivo desta pesquisa buscou pontuar se as relações de trabalho próprias no espaço das ESFs podem se constituir enquanto barreira para a execução do trabalho do profissional do Serviço Social, não foi encontrada bibliografia que pudesse responder a este objetivo, porém durante a execução do projeto de intervenção ficou evidente que a coordenação da equipe é realizada pela Enfermeira. O assistente social como profissional reconhecido da saúde também pode ocupar cargos de gestão, poderia auxiliar na gestão das equipes, no planejamento das ações, criar estratégias e rotinas de ação, entre outros. Fica evidente nas relações de trabalho que a hegemonia de algumas profissões ainda se sobressai sobre outras.

Com o quinto objetivo procurou-se verificar como o profissional do Serviço Social pode contribuir no processo de trabalho das ESFs do município de São Borja, e foram destacados alguns pontos que surgiram nas análises dos documentos de estágio, entre eles o processo de educação permanente e a interdisciplinaridade.

Desta forma, com base nos resultados alcançados dos objetivos propostos neste estudo, evidencia-se a importância da inserção do profissional do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família. Sendo que com a nova configuração da saúde pública no Brasil através do conceito ampliado, com atenção integral ao indivíduo, faz com que o trabalho do assistente social seja necessário, já que o processo de saúde/doença envolve as relações do indivíduo com a natureza, através do meio ambiente, do território e da relação com a comunidade em geral,

mediante o trabalho, as relações interpessoais, sociais, culturais e políticas, em um determinado espaço geográfico e histórico.

Enquanto contribuições para a formação acadêmica, este estudo possibilitou o desenvolvimento de uma postura crítica, baseado em inquietações que ao longo do estágio obrigatório em Serviço Social foram sendo suscitadas, onde foi possível articular a temática com leituras no âmbito acadêmico, sendo essenciais para a construção deste estudo, proporcionando desenvolvimento pessoal e de uma identidade profissional vinculada ao Serviço Social.

Sobre as contribuições para a categoria profissional, este estudo mostrou a relevância e importância de um debate dentro do Serviço Social não só em relação à possibilidade da inserção como parte da equipe básica nas ESFs, mas também sobre como essa forma de inserção deve ser operada, através de novos estudos, debates e críticas, a fim de garantir uma prática em saúde que contribua para a qualidade da atenção, na humanização dos serviços e que esteja baseada no conceito de saúde ampliada e de seus determinantes.

## REFERÊNCIAS

BARBERÁ, A. et al. **O assistente social e a intervenção na política de saúde.** III Seminário Integrado entre Oficinas Disciplinas e Estágio da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/W7/Downloads/901-1066-1-PB.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990.** Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438\\_070890.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social.** 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Portaria nº 154, de 15 de maio de 2008.** Disciplina procedimentos sobre a emissão de certidão de tempo de contribuição pelos regimes próprios de previdência social. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/66/MPS/2008/154.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família.** Disponível em: <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)> Acesso: 15 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CARVALHO, F. M. **Década de 30 – Os anos de incertezas.** 2009. Disponível em: <[www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/decada-de-30-os-anos-de-incertezas/27596](http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/decada-de-30-os-anos-de-incertezas/27596)>. Acesso em: 06 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS nº 383/99 de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: <[www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)>. Acesso dia 25 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: <[www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_493\\_2006.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_493_2006.pdf)>. Acesso em 23 de maio de 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 287/98 de 08 de outubro de 1998.** Relaciona quatorze categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

DURIGUETTO, M. L. Conselhos de direitos e intervenção profissional do Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

FUHRMANN, N. L. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Revista Textos e Contextos**, n. 2, p. 1-15, dez. 2003.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, M. M. L. A inserção do Serviço Social na estratégia de saúde da família. **Ágora: Revista de Divulgação Científica**, Santa Catarina, v. 18, n.1, p. 117-194, 2011.

GRACIANO, M. I. G. **Estudo Socioeconômico: um instrumento técnico-operativo.** São Paulo: Veras, 2013.

HOFF, L. R. **Público e privado na Política de Saúde Mental: inflexões de “um mundo à parte”.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

HOFFMANN, E. **A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família.** Porto Alegre: PUCRS, 2011.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, n. 3, 2. ed. ano. 2. Brasília: ABEPSS; Odisseia, jan./jun., 2004.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2017.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOSO, F. A. A Dimensão Territorial no Trabalho do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 235-251. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2012.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAULA, L. G. P. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In: SILVA, L. B. et. al. (Orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

PRATES, J.C. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Porto Alegre: PUCRS, 2005.

RAMOS, A. Instrumentos e técnicas de trabalho do assistente social: notas para uma reflexão crítica. In: SILVA, L. B. et. al. (Orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

SANTOS, E. F. **Inserção do serviço social na estratégia saúde da família em uma unidade de saúde em Ponta Grossa-PR.** IX Jornada de Estágio de Serviço Social: Formação e Prática Profissional do Serviço Social, Paraná, 2013.

SANTOS, E. R.; LANZA, L. M. B.; CARVALHO, B. G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do Serviço Social com equipes saúde da família. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, jan./jul., 2011.

SANTOS, M. A. **O papel do assistente social na saúde pública no município de três lagoas.** Mato Grosso do Sul: ACMS, 2012. Disponível em: <<http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/75.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

SILVA, L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B. et al. (Orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 13, p. 453-475, jul./set., 2010.

SOUZA, V. P. **Análise Institucional de Estágio.** 2015. Universidade Federal do Pampa, 2015.

\_\_\_\_\_. **Diários de Campo de Estágio.** 2015- 2016. Universidade Federal do Pampa, 2015- 2016.

TEIXEIRA, M. J.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social.** Rio de Janeiro: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, A. M. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social.** Rio de Janeiro: Cortez, 2009.



## **APÊNDICE A: QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1 - Quais são os profissionais que obrigatoriamente compõe as equipes das ESFs?
- 2 - Quais os desafios de inserção do profissional do Serviço Social?
- 3 - Como a obrigatoriedade da inserção do Assistente Social nas ESFs poderá contribuir no processo de saúde/doença?
- 4 - A estrutura e metodologia de funcionamento das ESFs podem condicionar o trabalho do profissional do Serviço Social?
- 5 - Como são as relações de trabalho próprias no espaço das ESFs?
- 6 - De que forma essas relações podem se constituir enquanto barreira para a execução do trabalho do profissional do Serviço Social?
- 7 - Como o profissional do Serviço Social pode contribuir no processo de trabalho das ESFs no município de São Borja?