

# A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF<sup>1</sup>

Lígia Souza da Cruz<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo versa acerca da importância da inserção do assistente social na Estratégia Saúde da Família – ESF, tomando como ponto de partida o cenário das expressões da questão social que emerge da população com a evolução do processo saúde-doença. A pesquisa aqui descrita trata-se de uma revisão de literatura onde o levantamento bibliográfico foi realizado através dos descritores: Assistente Social, Estratégia Saúde da Família, Política de Saúde Brasileira, a efetivação da coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2017 a abril de 2018, na Biblioteca virtual em saúde. Como resultado, observou-se a colaboração do Assistente Social para atingir o objetivo principal da ESF, o atendimento as famílias em sua totalidade, pois não há como realizar promoção e educação em saúde, sem estar analisando e trabalhando as questões que estão causando aquele processo de saúde-doença. Assim, potencializando o projeto ético-político, que se rege pelo princípio da emancipação dos sujeitos, reforçam-se princípios democráticos, na perspectiva da garantia de direitos, defendidos na Reforma Sanitária, SUS e pela profissão de Serviço Social.

**Palavras-chave:** Assistência social - Brasil. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde - Participação do cidadão.

## ABSTRACT

The present study deals with the importance of the insertion of the social worker in the Family Health Strategy, taking as a starting point the scenario of the expressions of the social question that emerge from the population with the evolution of the health-disease process. The research described here is a literature review where the bibliographic survey was carried out through the descriptors: Social Worker, Family Health Strategy, Brazilian Health Policy, data collection took place in the period from August 2017 to April 2018, in the Virtual Health Library. As a result, it was observed the collaboration of the Social Worker to achieve the main objective of the ESF, the care of families in their totality, since there is no way to promote and educate in health, without analyzing and working the issues that are causing that health process -disease. Thus, strengthening the ethical-political project, which is governed by the principle of emancipation of the subjects, democratic principles are strengthened, with a view to guaranteeing rights, defended in the Sanitary Reform, SUS and by the profession of Social Work.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health policy - Citizen participation. Social assistance - Brazil.

---

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Ana Maria Martins Pereira.

<sup>2</sup> Graduada em Serviço Social, pela Universidade Católica do Salvador - UCSAL, Pós-Graduação em Família, pela UCSAL, Pós-Graduada em Gestão em Saúde pela UNILAB. Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela UNILAB.

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil, antes da Constituição de 1988, oferecia sérios problemas, na medida em que excluía grande parte da população e priorizava programas de medicina aos grupos de riscos, servindo aos interesses do setor privado em detrimento da saúde pública. Passou por diversas fases e uma sucessão de planos e siglas para ser constituída no campo jurídico legal como política pública de direito do cidadão e dever do Estado (CARVALHO, 2013).

O Brasil experimenta hoje a prática de um modelo diferenciado para prover atenção básica à saúde, norteado por ação multidisciplinar na direção de intervenção voltada para promoção da saúde da população e consubstanciada na Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominado Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

O PSF constitui-se numa estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Neste sentido, o PSF surge com a finalidade de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. 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 uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2000, p.62).

É um programa multiprofissional e seus usuários são pessoas que têm problemas de âmbito físico ou mental e, sobretudo, na dimensão social. Desta forma, a valorização do trabalho multiprofissional está pautada a partir da compreensão do conceito integral de saúde, pois o trabalho em equipe tem o objetivo de garantir a integralidade da atenção e a resolutividade da unidade Saúde da Família (SILVA, 2002, p. 71).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (2006), a equipe é composta por, no mínimo: médico generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O profissional do serviço social fica na posição de equipe de apoio e, dessa forma, pode ou não fazer parte da equipe, dependendo, na maioria das vezes, de decisão e vontade da política municipal. Em 1999, de acordo com pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, já revelava uma necessidade ou demanda da inclusão do assistente social na equipe mínima da ESF como profissional tão importante quanto o médico, a enfermeira e o odontólogo.

Nesse contexto de atenção básica à saúde, o Serviço Social desenvolverá seu campo de intervenção na expectativa de garantir, junto à equipe de saúde, uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem no processo saúde-doença da família. Tendo como objeto de sua intervenção as múltiplas manifestações da questão social que se revelam na área de saúde. O Assistente Social torna-se indispensável na garantia do cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, articulando-os diretamente com os direitos fundamentais do cidadão.

O presente estudo tem como objetivo geral identificar a importância da inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família (ESF) e como objetivo específico, ressaltar a atuação do profissional na Política de Saúde; destaca-se com grande relevância acadêmica, profissional e social para aqueles que atuam no sistema de saúde e para aqueles que são atendidos pela ESF, pois busca promover reflexão sobre uma práxis de acordo com o compromisso ético - político da profissão. O interesse pela temática surgiu em virtude da referida estratégia não ter em sua composição a figura deste profissional e pela contribuição que o mesmo traria, tendo em vista sua formação profissional, trazendo como problema: Qual a importância da inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família?

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA**

Fatos históricos permearam a trajetória da política de saúde brasileira até ser instituída legitimamente como política pública de direito do cidadão e dever do Estado, conforme preconiza o Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Por esta razão, foram destacados oito marcos, considerados como significativos, para uma maior compreensão da discussão/ apresentada neste texto.

As campanhas sanitárias, em 1903, de cunho coletivo, que tinha como objetivo higienizar as áreas urbanas das epidemias. A política das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923, eram geralmente organizadas por empresas e empregados. As CAPs operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes e seguirem hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos; outro fator de fragilidade era o elevado número de fraudes na concessão de benefícios. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), implantados em 1930 descenderam das CAPs, tinham como objetivo principal reorganizar o setor previdenciário e isso incluía garantir aposentadorias e pensões aos seus associados, assisti-los no caso de adoecimento, incapacidade ou morte do chefe de família, ambos destinados a uma parcela dos grupos de trabalhadores assalariados urbanos. A implantação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, unificando todo o sistema previdenciário, mas conservando o enfoque curativo, individual e centrado na assistência médica para colaboradores da Previdência Social, deixando aqueles que não contribuíam à mercê da caridade e da boa vontade dos institutos privados filantrópicos. Uma característica importante desse período é que a cobertura era garantida apenas para uma parcela dos trabalhadores urbanos que tinham carteira de trabalho assinada; os trabalhadores rurais foram inseridos como beneficiários apenas no ano de 1974, pela ditadura militar, mas essa abrangência deu-se de forma perversa, pois foi feita em patamares inferiores aos garantidos à população urbana (MARTINS, 2003).

No período de transição para abertura política no Brasil (1974-1985), têm-se a insatisfação da população usuária da política de saúde e o fortalecimento dos movimentos sociais; por fim, a participação popular nos diversos canais que se ampliavam na sociedade. Assim, surgiram as bases do movimento da Reforma Sanitária, que originavam no seu interior, a mudança do modelo de assistência à saúde e previa um “Estado democrático e de direito” responsável pelas políticas sociais, com o objetivo de “universalização das ações”, “descentralização”, “melhoria da qualidade dos serviços”, pautados na “integralidade e equidade das ações” (BRAVO; MATOS, 2001, p.4-5). Para além de refletir um sistema que garantisse a promoção à saúde, todo o movimento da Reforma Sanitária pôs em xeque a discussão acerca do conceito de saúde, questionando o até então construído, que centralizava na existência ou não da doença e na concepção médica da sua

garantia.

Outro marco importante foi a crise financeira da previdência social que identificou a assistência médica como “[...] um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social acirra o fracionamento dos diferentes interesses no interior da arena política de saúde” (MENDES, 1993, p.35), impulsionando o movimento de Reforma Sanitária.

Em 1982, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e foi elaborado o Plano Conasp, que “[...] propunha a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural” (MENDES, 1993, p.36).

O referido Plano foi concretizado por meio das Ações Integradas em Saúde (AIS) e buscava a integração das ações de saúde como um sistema articulado e integrado pela implantação de uma rede de serviços básicos, da descentralização e da participação popular, mas que primeiro se materializou na assistência médica por meio de convênios com o setor privado.

As Ações Integradas em Saúde propiciaram o aparecimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde, que, mais tarde, seriam a base para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a primeira aproximação do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a agilizar o processo de descentralização, fortalecendo o setor público. Contudo, como afirma Mendes (1993, p.46), na realidade, “[...] evidencia a pobreza de resultados concretos, na descentralização, na reorganização dos serviços, reforçando a assistência médica individual na atenção pública em detrimento das ações coletivas [...]”. Apesar das controvérsias, este sistema permaneceu até a implantação do SUS e serviu como um modelo de transição.

Em 1985, os movimentos sociais intensificaram-se quando foi criada a Assembléia Nacional Constituinte, sendo então convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que objetivava discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país. Essa conferência é avaliada como um momento importante no movimento da Reforma Sanitária por ter se constituído no maior fórum de debates acerca da saúde do país, destacando-se pelo seu caráter democrático e cujo relatório serviu de base para a Constituinte (HOFFMANN, 2007).

Em meio às propostas contidas no relatório da VIII Conferência, encontra-

se o conceito ampliado de saúde, uma nova compreensão, que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença. Passando a ser compreendido como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego, moradia. A saúde no Brasil é considerada como um dos direitos sociais e integra, junto com a assistência social e a previdência, o Tripé da Seguridade Social, regulamentado pelo art. 194 da Constituição Federal de 1988, no intuito de compor um Sistema de Proteção Social (HOFFMANN, 2007).

No que tange à política de saúde, considerado como um dos mais importantes marcos, foi a implantação da Constituição Cidadã de 1988 que incluiu, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde, a qual incorporou em grande parte os conceitos e as propostas contempladas no Relatório da VIII Conferência de Saúde e admitiu essa política como dever do Estado e de relevância pública.

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu-se que

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 dos outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.98).

Sendo assim, a Constituição Cidadã inovou na compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, criando mecanismos de controle social e organizando os serviços a partir das regiões e necessidades dos usuários. Contudo, logo após sua publicação, como afirma Couto (2004),

[...] o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington.

Esse acordo vai de encontro às conquistas do movimento da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, foram promulgadas as Leis, que formariam a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), Leis 8.080/90 e 8.142/90, que asseguram a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever garantido pelo Estado, constituindo-se num espaço de disputa entre direitos conquistados em detrimento da política econômica.

## 2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A história da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, atendendo às indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde. Desde então, iniciou-se o enfoque à família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e também foi introduzida a noção de área de cobertura por família. Na verdade, o ministério institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Norte e Nordeste do Brasil (VIANNA E DAL POZ, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi apresentado no Brasil em 1994, através da Portaria 692/MS e sua implementação iniciou-se em 1996. A intencionalidade desse programa é focada em um investimento na área primária, na prevenção e promoção da saúde e seu objetivo maior é ser “a porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA E SILVA et al, 2014).

O PSF foi ancorado nos pressupostos da prevenção e não no processo curativo em si, baseados em uma visão ampla de que a atenção básica deve compreender um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (SORATO, 2015).

A compreensão subjacente ao Programa Saúde da Família colocou em relevo a intervenção multidisciplinar sobre os agravos à saúde da população, tendo por pressuposto que tal intervenção multiprofissional irá contribuir de forma significativa para a concepção e sistematização de todas as ações relativas à atenção básica e no processo de consolidação do PACS/PSF. Desse modo, o Programa Saúde da Família representa a tática de reorientação do modelo de atenção básica à saúde e, assim, pode ser entendido como uma nova etapa nessa busca de fazer a saúde de forma diferente, sendo considerado eficiente, eficaz e capaz de aproximar os serviços, os profissionais de saúde e a população com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Norte e Nordeste do Brasil (VIANNA E

DAL POZ, 2005, p. 227).

De acordo com Ministério da Saúde, o PSF atua a partir da organização de equipes de saúde da família, integradas idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), ainda que se pressuponha que outros profissionais possam ser inseridos de acordo com a demanda dos serviços. Cada equipe se responsabiliza pela atenção às pessoas cadastradas a partir de levantamento domiciliar adstritas a uma determinada área. A estas equipes são colocados os desafios de compreender melhor o processo saúde/doença experimentado pela população de sua área de atuação e também a tarefa de ir além da prática curativa tradicional.

Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (PFLEGER, 2007). A adesão do Ministério da Saúde para a implantação das equipes é somente para a equipe mínima, para a odontologia e ACD. Estes profissionais que devem ser inseridos são de responsabilidade do Município, por esta razão a dificuldade de implantar equipes de referência com diferentes profissionais que não sejam aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1997).

É importante destacar que a partir de 1997, o PSF alcança a condição de Estratégia, passando a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo o reordenamento do modelo assistencial, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica. A nomenclatura mudou no decorrer dos anos, devido esta ação não ser um programa que possui um começo, meio e fim, mas sim um processo contínuo sem previsão de término das estratégias de organização das ações (BRASIL, 2006).

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atuação do Serviço Social em saúde iniciou, paulatinamente, somente em meados de 1980 quando se consolidam o projeto ético político da profissão e a política de saúde, traçando, em 1990, no projeto da reforma sanitária, as seguintes questões que precisam ser trabalhadas pelo Serviço Social:

[...] democratização do acesso as 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 (CFESS, 2010, p. 24).

Em meio a estas questões, o Serviço Social procura sua identidade e legitimidade para exercer suas funções dentro da política de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o objetivo da profissão, nesta área, como relata o CFESS (2010, p. 26), “[...] passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões”. Desta forma, trabalha-se o indivíduo como um todo, pois, para o SUS, os trabalhadores devem ter uma visão generalista para atender a demanda populacional.

Acompanhando estes princípios, o Assistente Social efetuará suas atribuições respeitando seu código de ética profissional e estará auxiliando no processo de reconhecimento e trabalho dentro do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se a necessidade de profissionais do serviço social na política de saúde através da afirmação que ressalta o trabalho das expressões da questão social que emergem da população com a evolução do processo saúde-doença. Assim como, a efetivação, a defesa e a garantia do acesso ao direito à saúde são atribuições dessa profissão (CFESS, 2010).

Pode-se dizer, conforme documento publicado em 2010 pelo Conselho Federal de Serviço Social, que a inserção profissional na saúde faz-se em quatro grandes eixos: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” Devendo, neste sentido, estar atuando desde a atenção básica até o nível terciário com suas especificidades para que se faça um trabalho com os indivíduos e suas famílias de forma geral atendendo as demandas advindas das expressões da questão social emanadas por eles e de responsabilidade da política de saúde. A atenção da ESF está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem permitindo às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções.

O reconhecimento da família como totalidade implica também reconhecê-

la dentro de um processo de contínuas mudanças que são provocadas por inúmeros fatores, nos quais estão aqueles referentes à estrutura social em que as famílias estão inseridas e aqueles colocados pelo processo de desenvolvimento de seus membros. Tais fatores constituem-se fontes de estresse familiar e concorrem para o aparecimento de dificuldades familiares e, conseqüentemente, para o surgimento dos membros sintomáticos (MINUCHIN, 1999, p. 62).

Grande parte das famílias que são acolhidas pela ESF está em condições de extrema pobreza, muitas vezes, excluídas do acesso aos bens e serviços públicos (saúde, educação, habitação, lazer, segurança e justiça), famílias em crise econômica e social que necessitam de apoio para auto sustentação. O contexto da maioria dessas famílias direta ou indiretamente está permeado pelas situações frequentes de desemprego ou subemprego, trabalho sem vínculos empregatícios, dentre outras situações como doenças, drogadição (álcool ou outras drogas), sequelas morais, psicológicas, sociais e econômicas (ALENCAR et al, 2014).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma revisão da literatura acerca da importância da inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família. Conforme Marconi e Lakatos (2010), a revisão da literatura consiste em reunir conteúdo bibliográfico e discutir informações produzidas sobre um assunto específico, proporcionando aos estudiosos se familiarizar com a temática e solucionar dúvidas existentes.

#### **3.2 BASES DE DADOS**

Para este estudo, foi realizada uma criteriosa busca bibliográfica na literatura, considerando os estudos já publicados em revistas científicas, livros e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que agrupa diferentes publicações de diferentes bases de dados, tais como: Scielo e Google acadêmico. Coerentemente, para o levantamento dos artigos, foram empregados como descritores “Assistente Social”, “Estratégia Saúde da Família”, “Política de Saúde Brasileira”.

### 3.3 PERÍODO DA PESQUISA

A realização da coleta dos dados ocorreu no período agosto de 2017 a abril de 2018.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Diante ao amplo volume de informação disponível para este estudo, foram utilizadas como critérios de inclusão os artigos alusivos à temática publicados no período de 2010 a 2016, em língua portuguesa e disponível online na íntegra. Para os fatores de exclusão foram eliminados os artigos incompletos e os demais que não tinham relação com a temática.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da leitura dos artigos publicados na Revista Programa Saúde da Família (2000) e no Conselho Federal de Serviço Social (2010), foi possível estabelecer um paralelo entre as atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família e os Parâmetros para atuação do profissional de Serviço Social na Política de Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 1

<b>Atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família</b>	<b>Atuação do Serviço Social na Política de Saúde</b>
Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta.	Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença.
Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas.	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.
Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam.	Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas.
Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso.	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 compromissada 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.
Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida.	Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.
Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária.	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.
Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de 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.
	Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.

Os parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde foram elaborados em 2010, com o intuito de elucidar as formas de atuação e direcionar o modo de ação dos profissionais. Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia (CFESS 2010).

Através da tabela acima, pode-se perceber que os princípios utilizados pelo Serviço Social na política de saúde estão em concordância com as atribuições de uma equipe de Saúde da Família, evidenciando o quanto este profissional poderá contribuir para efetivação do trabalho.

Assim, o Assistente Social torna-se indispensável na garantia do cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, articulando-os mais diretamente com os direitos fundamentais do cidadão.

Em sua formação acadêmica, os Assistentes Sociais acumulam saberes que os habilitam a intervir de forma ética, política e técnica nos diferentes níveis de atenção à saúde. Podendo desenvolver ações comunitárias, de educação em saúde, de articulação de redes de proteção social, em atendimento individual e/ou em grupo nas unidades de saúde, na orientação ao acesso de direitos previdenciários e sócio assistenciais. Enfim, está qualificado para atuar em qualquer estratégia de promoção, proteção ou recuperação da saúde na perspectiva da garantia dos princípios fundamentais do SUS (CRESS/CE, 2006, p.02).

Em 2001, a importância e a necessidade do Assistente Social no PSF são objetos de matéria publicada pelo CRESS/CFESS, culminando em 2002, com a realização do Seminário “A inserção do assistente social no PSF” em Belo Horizonte – MG. (CFESS,2002).

Salienta-se ainda alguns aspectos da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, citada em BRASIL (2006a), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, reforçando a importância de profissionais de Serviço Social no campo de atuação da Atenção Primária.

Costa (2000), enfatiza a necessidade dos profissionais do serviço social nas equipes de saúde em todos os níveis de atendimento do SUS, mas, principalmente, nos centros de saúde, que hoje estão pautando seu atendimento à população na ESF. Percebe-se, então, que não há como esquivar do lógico, o Assistente Social é um profissional que mesmo não compondo as equipes mínimas recomendado pelo Ministério da Saúde, na ESF, acaba tornando-se peça

fundamental nesta engrenagem. Esta inclusão abre a possibilidade que essa profissão tem de interferir e redirecionar o processo de trabalho na saúde, elaborando estratégias de atendimento às necessidades sociais imediatas por ter conhecimento específico para tal.

Verifica-se ainda na tabela 1, no que diz respeito às atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família, que as responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho.

O trabalho em equipe pressupõe uma integração, abre a possibilidade da construção de um novo saber a partir do conhecimento e da interação com o outro, assim também se pode ter um fator relevante na ESF, à integralidade do indivíduo ou da comunidade através dos diferentes olhares que se completam diante da complexidade de fatores, podendo interagir e buscar em conjunto uma melhor solução para o problema.

Sendo assim, o profissional de serviço social na ESF realizará um trabalho multiprofissional, abrangendo a observação das expressões da questão social que emergem da população daquele território estando em consonância com as atribuições preconizadas no documento do CFESS, da Constituição Federal, do código de ética profissional e da política de saúde, que é a garantia do acesso ao direito à saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Política Brasileira de Saúde foi adaptada através das diferentes conjunturas, adquirindo novas tendências e novas formas de realizar o atendimento da demanda emergente da sociedade. Não obstante, a implementação das equipes da ESFs está se ampliando e buscando resolutividade, a fim de atingir os objetivos a que ela se propõe, no entanto ainda existe um déficit para que as ações se tornem ainda mais efetivas e eficazes que é a presença do Assistente Social na equipe mínima de saúde.

Desta forma, retomando-se ao problema inicial da pesquisa nota-se que a inserção do Assistente Social na ESF é importante para atingir o seu objetivo principal que é o atendimento às famílias, uma vez que o profissional irá observar o

indivíduo e/ou as famílias como um todo, já que não há como realizar promoção e educação em saúde, sem analisar e trabalhar as questões que estão causando o processo de saúde-doença, pois se o indivíduo tem problemas em outras áreas pertinentes às diferentes políticas, vão resultar efeitos em sua saúde e é a ESF responsável por identificar essas questões no entorno e encaminhar para que as mesmas recebam atendimentos.

O profissional de Serviço Social também 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 para melhor conhecer o local for realizado de forma correta e constante, na visão social, torna-se possível atingir um planejamento de ações específicas para cada território o que possibilita ampliar o foco na promoção de saúde, na prevenção de doenças e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida da população.

Após concluir o presente estudo, a pesquisadora apresenta como ação prepositiva a realização de novos estudos que possam aprofundar a questão em debate, bem como a efetivação do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Monyk Neves de et al. **Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, Fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde - V.4.

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: < [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) >

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Fisco e Contribuinte, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB- SUS- 96. Disponível em: < [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) > Acesso em set.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família** [online]. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/psf/programa/como\\_comecou.asp](http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp)> (01/11/17).

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e a Universidade Federal Fluminense/UFF. **Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde**. Disponível em: <[www.blogenfermagem.com](http://www.blogenfermagem.com)>. Acesso em: 21 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Educação permanente. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, Vol.3, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo. v.27, n.78 p. 7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 de abr 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS (Org.). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. CFESS: Brasília, 2006. Disponível na internet: [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br). Edição virtual. Acesso em 14 dez 2017.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE MINAS GERAIS - 6ª REGIÃO. **A inserção do assistente social no PSF**. Belo Horizonte, 2002. Relatório do Seminário Estadual.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO - 9ª REGIÃO - GESTÃO 2002-2205. **Coletânea de leis, decretos e regulamentação do assistente social**. São Paulo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (BRASIL). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, agosto 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803593&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803593&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 27 abr. 2018.

FAMÍLIA e Serviço social: Contribuições para o debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 55, p. 114-130, 1997.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MINUCHIN, P. et al. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 230 p.

O DEBATE do Serviço Social na área da saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**, n. 74, ano XXIV. São Paulo: Cortez, 2003.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Revista Saúde Pública [online]. 2000, vol.34, n.3, pp.316-319. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

SILVA, M. O. S. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In SILVA, M. O. S. (Org.) **O Serviço Social e o Popular, resgate histórico metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo, Cortez, 2002, p.97-216.

SORATTO, Jackset et al. **Estratégia saúde da família**: uma inovação tecnológica em saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.24, n.2, p.584-592, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 abril 2018.

VIANA, A L. **Reforma em Saúde no Brasil**. Análise da Formulação e Implementação do Programa de Saúde da Família: a experiência de Cotia. In:

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). Reforma em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161).