

# O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA<sup>1</sup>

Miriam do Nascimento Silva <sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo aborda o trabalho do Assistente Social no disparatado espaço sócio ocupacional do Programa Saúde da Família. Problematiza como o Assistente Social desenvolve seu processo de trabalho na PSF da Família no Município de São Francisco do Conde-Bahia na Unidade de Saúde do Distrito de Socorro. Tendo como objetivo geral, analisar o papel do Assistente Social frente as intervenções no Programa Saúde da Família no Município de São Francisco do Conde-Bahia, elencando os objetivos específicos em contextualizar a legislação do SUS e sua importância social; discutir o papel do Assistente Social no trabalho com a equipe da saúde da família, por conseguinte identifica as estratégias do Assistente Social frente a equipe multidisciplinar no programa saúde da família. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa com o estudo exploratório e descritivo, orientada pelo método dialético-crítico. A pesquisa procurou desvendar as contradições desse espaço, mostrando como de fato se efetiva o processo de trabalho do Assistente Social, apontando para as contribuições profissionais para esse programa e sua equipe básica. As análises do estudo direcionam para os limites e possibilidades vivenciadas pelos assistentes sociais no PSF reforçando os princípios democráticos, na perspectiva da garantia de direitos, defendidos na Reforma Sanitária, SUS e pela profissão.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde da Família. Sus. Equipe Multidisciplinar.

## ABSTRACT

The present study addresses the work of the Social Worker in the disparate socio-occupational space of the Family Health Program. He problematizes how the Social Worker develops his work process in the Family PSF in the Municipality of São Francisco do Conde-Bahia in the Health Unit of the Socorro District. With the general objective of analyzing the role of the Social Worker in relation to interventions in the Family Health Program in the Municipality of São Francisco do Conde-Bahia, listing the specific objectives in contextualizing SUS legislation and its social importance; discuss the role of the Social Worker in working with the family health team and therefore identify the strategies of the social worker versus the multidisciplinary team in the family health program. For that, a qualitative research was conducted with the exploratory and descriptive study, guided by the dialectical-critical method. The research sought to uncover the contradictions of this space, showing how the Social Worker's work process actually works, pointing to the professional contributions to this program and its basic team. The analyzes of the study point to the limits and possibilities experienced by social workers in the PSF reinforcing the democratic principles, with a view to guaranteeing rights, defended in the Sanitary Reform, SUS and by profession.

**Keywords:** Social Service. Family Health. His. Multidisciplinary Team.

---

<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. Valdevane Rocha Araújo.

<sup>2</sup> Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela UNILAB.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição de 1988, a saúde é considerada como “Direito de cidadania e um dever do Estado”, nesse sentido, o Sistema Único de Saúde é um projeto que assume os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção, assegurando aos usuários o acesso de bens e serviço que garantam a saúde de forma integral e a promulgação da Lei 8.080 que regulamenta os aspectos de organização do sistema de saúde atrelado ao tripé da seguridade social.

O presente trabalho elucida o papel do Assistente Social e sua intervenção sócio ocupacional no Programa Saúde da Família. Além disso, discutir e conhecer a atuação do Assistente Social frente ao processo de trabalho junto a equipe multidisciplinar no PSF no Município de São Francisco do Conde - Bahia. O Programa Saúde da Família foi implantado em 1994 no Brasil, como proposta de reestruturação e reordenamento dos serviços ofertados no sistema de saúde na atenção básica rompendo assim os modelos tradicionais de atendimento e assistência.

Compreendendo que a interdisciplinaridade é um trabalho de extrema importância no fortalecimento da funcionalidade da equipe, onde será compartilhado vários saberes com um objetivo comum, ou seja, as intervenções da equipe multiprofissional sempre focado na família e comunidade como todo. Diante da proposta trazida pelos princípios do SUS, sobretudo tendo em vista que o profissional do Serviço Social trabalha na perspectiva de assegurar direitos e em consonância com os parâmetros legais da Política de Saúde, e entendendo da relevância do atendimento e acompanhamento das famílias pelos assistentes sociais no Programa Saúde da Família sua atuação agregará muito com os demais integrante da equipe da Saúde da Família no que tange o atendimento mais humanizado, o acompanhamento as famílias fortalecendo os vínculos entre o profissional e a comunidade.

O interesse pelo estudo se justifica pela autora ser Assistente Social e compreender que o profissional trabalha na perspectiva do direito, com um olhar crítico e propositivo, respaldado pelos princípios norteadores do código de ética profissional, e pelas competências éticas-política, teórico-metodológica e técnico-operativa de forma que venha orientar a sua atuação.

Dessa maneira, o objetivo geral deste estudo propôs a analisar o papel do Assistente Social e suas intervenções frente ao Programa de Saúde da Família – PSF no Município de São Francisco do Conde – Bahia. O objetivo principal se desdobra nos seguintes objetivos específicos: contextualizar a legislação do SUS e sua importância social; discutir o papel do Assistente Social no trabalho com a equipe de saúde da família e, por conseguinte, identificar as estratégias do Assistente Social frente a equipe multidisciplinar no PSF.

Desde modo foi elencada a seguinte hipótese: O Papel do Assistente Social no Programa de Saúde da Família no Município de São Francisco do Conde – Bahia é de fundamental importância no processo de intervenção frente ao atendimento, bem como o acompanhamento de forma contínua juntamente com a equipe multidisciplinar do programa.

## **2 SUS: SUA LEGISLAÇÃO E IMPORTÂNCIA**

A cada época histórica a ação da Saúde Pública e suas práticas determinam estreitas ligações com os movimentos sociais, políticos e econômicos. Nota-se que a Saúde Pública, sempre acompanhou as vertentes vigentes da sociedade, estruturando-se de acordo com as necessidades e contextos inerentes. A Saúde Pública no Brasil configura-se como política pública de saúde a partir do século XX com a sistematização das práticas sanitárias, surgindo no contexto sociopolítico do País, na conformação do capitalismo brasileiro (NUNES, 2000).

Conforme Vasconcelos (2000) a saúde pública está estabelecida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, conhecida como uma política social de proteção aos indivíduos. De acordo com o século e o desempenho das cidades e de seus habitantes vai se especificando a organização do trabalho de saúde pública, apresentando através da necessidade de entender a vida comunitária, seus hábitos, as formas de socialização, distinção dos modos de vida, concordando assim nas suas formas de assistência e proteção.

A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltadas as relações interpessoais, a vida familiar privada e a ocupação do espaço públicos nas cidades (VASCONCELOS, op.cit.p.29).

A Constituição Federal de 1988 trouxe amplas mudanças para a política de saúde no Brasil, pois é a partir dela que a saúde passa a ser entendida como direito

de todos e dever do Estado. Dessa forma, a Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art. 194), conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Os principais aspectos aprovados na Constituição de 1988 foram:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato direto público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais (BRASIL, 1988).

A composição da Constituição foi alicerçada nas propostas do movimento sanitário, com algumas limitações quando os interesses do movimento eram divergentes dos interesses empresariais ou do governo. Desse modo o Sistema Único de Saúde-SUS é consolidado legalmente na Lei Orgânica de Saúde-LOAS, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei determina que em todo território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990 apud CONASS, 2003), além disso, institui o Sistema Único de Saúde, que é embasado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (OMS,1998).

Para tanto, a Constituição de 1988 também definiu as diretrizes para a implantação do SUS, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, controlada pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade. Todavia os avanços legais no âmbito da CF/88 e das Leis Orgânicas da Saúde –LOAS- Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990, a efetivação de uma política pública de saúde como direito ainda há por ser conquistada. Ao mesmo tempo em que o SUS procurava dar os seus primeiros passos, rumo a sua Implantação, na década de 1990, vivencia-se um processo de redirecionamento do papel do Estado,

influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes (SOUZA, 2014).

Desse modo, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, ressaltando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2006).

Assim, pode-se dizer que algumas questões prejudicaram a possibilidade de evolução do SUS como da política social das quais cabe salientar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico/ hospitalar em prejuízo das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2006).

Nessa direção, o entendimento ampliado de saúde com seus desdobramentos para um modelo de atenção no âmbito do SUS, que assegure de fato a integralidade, efetividade, qualidade e a humanização dos serviços de saúde, ainda consiste em um grande desafio. Tais modelos de atenção, em conjunto com as diferentes propostas presentes no âmbito do sistema de saúde brasileiro, entrelaçado a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma, tem resultado em dois projetos que convivem em tensão até os nossos dias atuais: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999 APUD BRAVO, 2006).

O SUS tem um papel de extrema relevância como um mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. Foi a partir da constituição Federal de 1988, reconheceu-se a significativa função do princípio da igualdade na ordem jurídica para pessoas com deficiência, o princípio da igualdade está estreitamente relacionado com a concepção de lei inerente ao Estado de Direito, sendo uma das suas bases essenciais, pretendendo o exercício de um

direito igual para todos os indivíduos, ou seja, que a intervenção do Estado deverá ser executada na igual medida para todos. Trata-se, portanto, da igualdade jurídica, que possibilita a igualdade de disposição de todos para desfrutar dos direitos e garante a todos o exercício atual dos referidos direitos (MELLO, 1997).

SUS é compreendido em princípios finalísticos que abrange a universalidade, a integralidade e a equidade e organizativos. A Universalidade avaliza o atendimento a todas os indivíduos sem nenhuma distinção social, econômica ou de raça. A Equidade distingue a igualdade no atendimento de todos perante o Sistema Único de Saúde, enquanto que a integralidade se refere à combinação das ações de saúde voltadas para a prevenção e a cura. A organização da rede de serviços do SUS deve ser realizada de forma regionalizada e hierarquizada, consentindo um conhecimento ampliado dos problemas de saúde da população de uma delimitada área, favorecendo ações e serviços de saúde que sejam compatíveis com toda realidade local, sendo os casos mais graves transferidos para níveis maiores de complexidade como hospitais especializados (ALVES,2009).

O outro princípio finalístico a ser apresentado é o controle social, que compreende necessariamente a participação dos cidadãos. Desse modo, o controle social é a garantia constitucional de que todas as pessoas por meio das entidades representativas poderão colaborar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, participação essa realizada nos conselhos de saúde(ALVES,2009).

O Sus oferta seus serviços através da Atenção Integral da Saúde sendo divididas pela Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A aderência as NOB's de 1993 e 1996 consentiu um avanço com relação a gestão do SUS ampliando o acesso a população às ações e aos serviços de saúde; ampliando a capacidade instalada pública na criação de capacidade de regulação, avaliação e auditoria, ações de controle, sistemas de marcação de consultas informatizados, procedimentos especializados e internações hospitalares; alargaram a participação dos conselhos municipais e locais de saúde; ampliação da participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e a diminuição das internações desnecessárias(SOLLA, 2006).

Foi criada em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde -NOAS com o desígnio de avançar na descentralização, regionalização e hierarquização das

ações de saúde. No ano seguinte, foi aprovada a NOAS 01/2002 para sanar os entraves, fragilidades e inadequações metodológicas oriundas da anterior. Sua melhoria consistiu no fortalecimento das ações de controle e avaliação, regulação, da regionalização na pauta com prioridade dos gestores do SUS dividida nas três esferas de governo e o aumento do emprego da Programação Pactuada Integral - PPI. A PPI é um instrumento formado pela Secretaria Estadual de Saúde ligado com os municípios no qual se permite, em concordância com contratos situados pelos Planos de Regionalização, que os atendimentos possam ser prestados por outros Municípios (ALVES,2009).

Segundo Fireman (2007), a efetivação do SUS, apesar de diversos avanços, encontra algumas dificuldades, pois a saúde ainda não é estimada como direito real. A sociedade que depende dos serviços ainda não consegue ter acesso e, quando tem acesso, os serviços são de pouca qualidade. É imprescindível fortalecer a participação popular, o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, como medida para sobrepujar essa circunstância.

O SUS deve estabelecer maneiras efetivas de ações e serviços de acordo com as necessidades da população; precisa ser eficaz e eficiente, isto é, o serviço oferecido deve ser suficiente, para apresentar resultados positivos quando acessado pela população, com padrão qualidade no atendimento, mas só isso não satisfaz,

(...) é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde (FIREMAN, 2000, p.7).

Percebe-se algumas melhorias nesse processo de implantação do SUS, mas, com certeza, precisa de muitos ajustes a ser realizado na perspectiva de atender a todos com eficiência e eficácia, com o desígnio de desconstruir o senso comum de que, se estar sujeito do SUS, as pessoas morrem na fila. Enfim, esse conceito só dar vazão a privatização dos serviços de saúde, reforçando o processo de desmonte dos direitos sociais.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL E O FAZER PROFISSIONAL INTRÍNSECO COM A EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **3.1 O PAPEL DA FAMÍLIA NA SOCIEDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

Conforme Siqueira (1992), família são pessoas aparentadas, que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos; pessoas unidas por laços de parentesco, pelo sangue. Para Simões (2008), a família constitui a instância básica, na qual a identidade e a questão do pertencimento são desenvolvidas e mantidas, sendo também o espaço onde aprendemos os valores e condutas pessoais. A família tem função primordial na vida dos indivíduos, já que é a primeira instituição no qual o indivíduo pertence e aprende valores socioculturais, ou seja, a família faz parte da socialização primária dos indivíduos.

A socialização primária é única e imprescindível na vida do indivíduo, dá-se na interiorização que acontece na infância com apreensão ou interpretação das primeiras coisas do mundo com que a criança tem contato, geralmente pelos pais e outros seres com as quais ela se relaciona. Nesse processo de socialização, ou seja, de interiorização, compreensão, interpretação e adequação que a criança passa para enfim chegar a fazer parte efetivamente da sociedade, o próprio indivíduo passa a ter consciência de si próprio, dos outros e do mundo (BERGER, 1999, p. 120).

Partimos do pressuposto que a família desempenha um papel relevante na vida dos seus membros, pois “o grupo familiar constitui condição objetiva e subjetiva de pertença que não podem ser descartadas quando projetam processos de inclusão” (ACOSTA e VITALE, 2008, p.273).

Desse modo, para Simões (2008) A família é considerada como centro integral de convivência de pessoas onde necessidades são providas pelos membros integrantes, uniformemente, de modo que mantenha a representação social da família. O autor relata que:

Nas formas pré-capitalistas, em que predominava a economia agrária, eram as relações de parentesco que organizavam as relações de trabalho, distribuindo as tarefas sociais e os bens econômicos. Segundo os diversos graus e vínculos familiares. Em uma fazenda brasileira, até os meados do século XIX, eram ainda as relações familiares que organizavam as relações de produção distribuídas segundo obrigações do grau de parentesco, idade, sexo, religião e outras determinações (SIMÕES, 2008, p.190).

De acordo com o mesmo autor, com a revolução burguesa e o desenvolvimento do sistema capitalista, a família vai deixando de ser central no estabelecimento dessas relações de produção; embora as primeiras fábricas fossem familiares, as organizações fabris adotaram relações cada vez mais impessoais, a linha fordista também colaborou para que isto acontecesse. Logo, a maioria da população, principalmente nas famílias operárias, passa a restringir os vínculos familiares à vida doméstica e de procriação, restrita a família nuclear composta por pai, mãe e filho.

Simões (2008) ressalta que:

A família excluída da organização da produção, tornou-se modernamente em unidade de consumo, sem qualquer vínculo com a organização do trabalho industrial, comercial, bancário, agrário e de serviços. As relações familiares passaram a ser adotadas como símbolos de propaganda e marketing, suscitando o intenso desejo de consumo de produtos, segundo os diversos papéis familiares de seus membros, a mulher, por exemplo, como dona e casa, avó, mãe, filha esposa. (SIMÕES, 2008, p. 191).

Segundo o autor supracitado, as famílias tornaram-se cada vez mais reduzidas, entendidas como família nuclear e sob diversas relações (família natural, reconstituída, substituta ou adotiva e monoparental), estando submetidas a acessos de empobrecimento acelerado e de desterritorialização, ocasionada por movimentos migratórios.

### 3.2 Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência

Até os meados dos anos 70 a saúde era restrita a quem tinha vínculos empregatício ou de forma particularizada, ou seja, a maioria da população carecia do serviço de saúde. Com o advento da Constituição de 1988, a saúde passou a ser considerada como “Direito de cidadania e um dever do Estado.

Desse modo, o Ministério de Saúde, em 1994, quando criou o Programa Saúde da Família-PSF, destacava seguir os princípios básicos do SUS, tomando o desafio de garantir o acesso a todos aos serviços de saúde de forma igualitário. A finalidade era reorganizar as ações de atenção à saúde em novas bases e representar o modelo tradicional, rompendo com o caráter inerte das Unidades de Saúde -US, induzindo as ações de saúde para mais perto da família e, por conseguinte aprimorando a qualidade de vida dos brasileiros. O foco do programa, de acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde, fundamentava-se em ações

de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de maneira integral e consecutiva, ou seja, reestruturação e reordenamento dos serviços ofertados no sistema de saúde na atenção básica alterado os modelos tradicionais de assistência e atendimento (HOFFMANN, 2007).

O PSF tem como finalidade contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em concordância com os princípios do SUS, produzindo uma nova dinâmica de ações nas Unidades Básicas de Saúde-UBS, com acepção de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (MINISTERIO DA SAUDE, 1997). Funcionando adequadamente, as equipes de PSF, são apropriadas para resolver 85% das demandas da saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, impedindo internações sem necessidades e melhorando a qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2000).

O surgimento do PSF, abordado pelo Ministério da Saúde, conjetura a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Sabe-se que não é um atendimento simples, antagonicamente, é uma extensão da atenção primária à saúde em direção à inclusão de práticas educativas, preventivas, e curativas mais próximas da vida cotidiana da população, em especial, dos grupos mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999). A atenção primária à saúde -APS é adjunta a uma assistência de custo baixo, pois semelha tratar-se de serviço simples utilizando poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática dotada de particular complexidade (SCHRAIBER, 1996).

Nesse sentido, o PSF sugere nova dinâmica para estruturar os serviços de saúde, proporcionando uma relação mais próximos dos profissionais com o seu objeto de trabalho, ou seja, mais adjuntos das pessoas, comunidades e famílias , adotando um concordata de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem promoção garantida por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que oferece assistência de acordo com as demandas dessa população, identificando os fatores de risco e intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia expressiva para a mudança do modelo assistencial mirando a qualidade de vida da comunidade (ROSA,2005).

### 3.3 SERVIÇO SOCIAL: DA GÊNESE AO COMPROMISSO COM AS POLÍTICAS PROTETIVAS

Primeiramente, é importante destacar que não existe um único processo de trabalho do assistente social, mas processos de trabalho diferenciados, que se organizam de acordo com as “exigências socioeconômicas e sócio-políticas do processo de acumulação” e não são idênticos em todos os contextos em que estão inseridos os profissionais, pois mudam em razão das condições e relações sociais em que se realizam (IAMAMOTO, 2001, p.95). São diversos espaços sócio ocupacionais, de natureza pública ou privada, nas empresas lucrativas, não lucrativas, e que possuem demandas diferentes de acordo com os objetivos institucionais.

O surgimento do Serviço Social está intrinsecamente ligado ao enfrentamento das expressões da questão social, onde se faz necessário entender o que é e quando surgiu a questão social. Segundo Iamamoto (2008), a questão social é justamente o resultado das expressões causadas pelo processo de amadurecimento, a classe proletária que no decorrer do desenvolvimento do capitalismo monopolista, a inserir-se no cenário político, exigindo e o ingresso da mesma no cenário político exigindo seu reconhecimento por parte do empresariado e do Estado. E o aparecimento da questão social está diretamente ligado à generalização do trabalho livre, numa sociedade em que a escravidão marca profundamente o seu passado recente. Onde a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico-social brasileira (IAMAMOTO, 2008),

A história de toda sociedade humana até nossos dias é uma história de luta de classes. Homens livres e escravos, patrícios e plebeus, senhores e servos, mestres e aprendizes, em uma palavra: opressores e oprimidos (MARX E ENGELS, 1981:30 *apud* MARTINELLI, 2008, p. 54). A questão social é resultado da contradição entre as classes na sociedade capitalista. Segundo Iamamoto e Carvalho (2008), a emergência da questão social, deu-se em meados do século XVIII com a Revolução Industrial e a inserção dos trabalhadores no cenário político reivindicando direitos.

A exploração a que é submetida – afetando sua capacidade vital – e a luta defensiva que o operariado desenvolve aparecerão, em determinado momento, para

o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus mais sagrados valores, “a moral, a religião e a ordem pública”. Impõe-se a partir daí a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho (IAMAMOTO E CARVALHO, 2008, p. 126).

Ainda segundo Iamamoto e Carvalho (2008) a implantação do Serviço Social se dá dentro desse processo histórico, da iniciativa da Igreja Católica na década de 1920 de forma moderada e se desenvolve no início da década de 1930, onde no primeiro momento o Serviço Social tem uma visão pautada no assistencialismo, na filantropia, ou seja, era uma ação puramente beneficente. Com o surgimento de novas demandas o Serviço Social passa a buscar novos métodos para intervenção que sejam capazes de atender a população de forma mais sistemática. No entanto, para o aparecimento do Serviço Social, enquanto conjunto de atividades legitimamente reconhecidas dentro da divisão social do trabalho, se deverá percorrer um itinerário de mais de duas décadas.

Segundo Martinelli (2008) a origem do serviço social como profissional tem, pois, a marca profunda ao capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacente – alienação, contradição, antagonismo -, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido. A autora afirma que, somente a partir do momento em que se expandiu a base crítica da consciência social dos agentes, eles puderam perceber a subordinação e alienação a que sua prática era submetida pela classe burguesa. Tomando consciência das condições históricas que marcavam a suas práxis, os agentes passaram a buscar ruptura com as formas reificadas da prática, que marcava a sua caminhada profissional.

Com o passar do tempo e o despertar da consciência crítica, o Serviço Social começa a buscar novos métodos para a intervenção, e a partir da década de 1960 a profissão vivencia o Movimento de Reconceituação, que busca uma atuação profissional diferenciada da vigente até então e a construção de uma nova teoria que sustentasse o exercício profissional. O Serviço Social frente às demandas que surgem no decorrer de sua trajetória vem buscando novas formas de intervir na dinamicidade da realidade. E como tal o Assistente Social deve estar acompanhando essas mudanças para poder intervir de forma eficaz com vista à promoção da cidadania.

#### **4 O ASSISTENTE SOCIAL E A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO FRANCISCO DO CONDE/BA**

A ação profissional do Assistente Social sofre as alterações do mundo do trabalho, uma vez que sua intervenção não depende de sua vontade e tem apenas relativa autonomia, pois seu projeto profissional

[...] supõe uma dupla dimensão: as condições macros societárias que tecem o terreno sócio histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual e de outro lado, as respostas de caráter ético político e técnico-operativo-apoiadas em fundamentos teóricos-metodológicos-de parte dos agentes profissionais a esse contexto. (IAMAMOTO, 2006, p. 171).

Nesse sentido, é necessário que o Assistente Social que vá além e supere o dito e o aparente, para apreender o movimento da realidade social e, então, esquematizar suas ações profissionais buscando superar o caráter imediatista e burocrático na saúde. Assim, colaborará nos espaços sócio ocupacionais em que se insere, atuando nos movimentos de resistências às desigualdades sociais e fortalecendo mecanismos que aumentem a participação social. Assim, faz-se necessário a quebra com as rotinas e as burocracias a fim de potencializar os dados trazidas pelos usuários nos atendimentos, especialmente no plantão social, e refletir na reorganização do trabalho, baseando-se nas reais condições da saúde e da vida dos usuários (IAMAMOTO, 2002). A formação profissional do Assistente Social fornece-lhe elementos para apreender a totalidade; para entender os usuários como sujeitos históricos; distinguir como cidadãos de direitos, aptos a serem protagonistas na sociedade e, ainda, está mais adjunto da realidade social, o que admite uma leitura crítica e uma intervenção estratégica da realidade. O Serviço Social profissionaliza-se na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio institucionais no âmbito das políticas sociais. [...]” (ALMEIDA, 1996, p.27).

Desse modo, para realizar uma atuação adequada e crítica do Serviço Social na área da Saúde, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, carece de buscar a necessária atividade em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.

A complexidade da questão social com a qual os profissionais lidam cotidianamente, demanda diálogo, cooperação... e constituem possibilidades de alianças com outras áreas do conhecimento na realização do trabalho em equipe, a partir de uma visão mais ampla no que se refere à efetivação do acesso ao direito, como cidadania e não apenas quanto a execução dos serviços prestados (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p. 7).

Vasconcelos explica que “difícilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELOS, 2012, p. 443). Os assistentes sociais distinguem a importância da equipe para o atendimento dos usuários e se reconhecem como um profissional componente da equipe.

No cotidiano da ação profissional do Assistente Social o planejamento é usado como técnica, um instrumento essencial à prática profissional. No plano profissional específico, torna-se imprescindível um direcionamento racional à ação com vistas a colaborar com o processo coletivo de trabalho. Se não houver o processo contínuo de pensar racionalmente as ações percorre o risco de se debelar a práticas burocratizadas, com atividades enfadonhas e recorrentes. Assim sendo, planejar a ação profissional avaliza a probabilidade de um repensar continuado sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, articulando as dimensões do fazer profissional com as esferas ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa (MIOTO; NOGUEIRA, 2006b).

#### 4.1 SERVIÇO SOCIAL NO PSF EM SÃO FRANCISCO DO CONDE/BAHIA

O Assistente Social é um profissional que lida e busca atenuar os problemas políticos, sociais e econômicos da comunidade. O Serviço Social demanda responder as refrações da questão social e desenvolve competências para atuar na formulação, gestão e no planejamento das políticas públicas. Desse modo, potencializa o projeto ético político, que regido pelo princípio da emancipação dos sujeitos, reforçando os princípios democráticos, na perspectiva da garantia dos direitos.

Diante dessa perspectiva, em 1999 o Assistente Social foi inserido na equipe do Programa da Saúde da Família em São Francisco do Conde com a contratação de uma profissional para atender as demandas existentes em 5 unidade de Saúde. Devido ao reconhecimento desses profissionais nas áreas do PSF, em 2003 ampliou-se o espaço de atuação do assistente social na Saúde da família para quatro assistentes sociais por meio de seleção pública.

Os objetivos do Serviço Social do PSF de São Francisco do Conde/Bahia são desenvolver ações que garantam escuta e acolhida do usuário; incentivar e contribuir

no processo de fortalecimento da autonomia e na organização pessoal do usuário; apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida; desenvolvimento de ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas; criação de espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; socializar informações com as demais categoria profissionais, valorizando as ações desenvolvidas pela equipe e participar de discussões de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares; produção de conhecimento sobre a população atendida na área de saúde; incentivar a participação e formação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde e demais Conselhos de Direitos e Reuniões da Comunidade.

Diante dos objetivos pertinentes ao Serviço Social supracitados, surgem suas ações desenvolvidas no PSF de São Francisco do Conde/Bahia que são encaminhar providencias, prestar orientações informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania; assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais que existe na comunidade, viabilização do processo de mobilização, organização e controle social; desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade; identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações Inter setoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população; identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade ( Conselho Locais de Saúde); debater de forma constante, junto à equipe de trabalho e à comunidade o conceito de cidadania, destacando os direitos à saúde e as bases que os legitimam; elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Saúde Família; realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família; emitir pareceres sociais, laudos e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social, acompanhar, na qualidade de supervisor(a) de campo, estagiários(as) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica.

Portanto, o Serviço Social marca sua trajetória na área da saúde com o compromisso ético-político, realizando um trabalho de melhor maneira possível para a população, movendo-os para a participação social, na defesa de seus direitos e

acolhendo-o na porta de entrada do sistema, ou seja, no Programa Saúde da Família. Assim, o Assistente social edifica sua trajetória no PSF, conquistando o respeito dos outros profissionais e da comunidade, produzindo na realidade as marcas de sua atuação, respaldada pelo conhecimento fiel da realidade, compromisso com as classes populares e pelo princípio ético que fundamenta toda a sua atuação.

## **5 MÉTODOS**

A metodologia constitui-se em uma etapa crucial para a construção do saber científico já que este, como explica Gil, só pode ser assim denominado na medida em que “é possível determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento” (1999, p. 26). Desse modo, a metodologia é entendida como o conhecimento crítico dos caminhos da construção científica, indagando e questionando sobre seus limites e possibilidades (DEMO, 1989); devendo, portanto, explicitar todos os métodos, técnicas e materiais que foram utilizados pelo pesquisador.

O presente trabalho seguiu uma abordagem qualitativa, buscando investigar com profundidade a intervenção do Assistente Social acerca do processo de trabalho na saúde da família. O método qualitativo se fez bastante coerente já que ele “preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano” (MARCONI e LAKATOS, 2004, p. 269).

O estudo aqui apresentado se constitui numa pesquisa do tipo descritiva que segundo, Santos (2004) a explicita como “um levantamento das características conhecidas que compõem o fato/fenômeno/processo” (SANTOS, 2004, p.26), sendo, geralmente, realizada a partir de observações sistemáticas do objeto de estudo. A pesquisa será realizada na cidade de São Francisco do Conde - Bahia, na Unidade de Saúde do Distrito de Socorro, que é definido como a unidade de atendimento à saúde de um determinado território para conhecer a particularidade da comunidade no que tange a saúde primária, bem como envolvendo a vida e saúde e estabelecimento de vínculos familiares e comunitários.

Os sujeitos do estudo serão duas Assistentes Sociais, sendo que ambas possuem onze anos de experiência na área. A seleção destas participantes foi

realizada através de um ofício emitido pela UNILAB, com o objetivo da pesquisadora conhecer o papel do Assistente Social no processo de trabalho no Programa Saúde da Família.

Na execução deste trabalho monográfico será utilizada a entrevista como instrumento básico para a coleta de dados. A entrevista é uma conversa oral entre duas pessoas e, segundo Alves-Mazzotti (1999 *apud* MARCONI e LAKATOS, 2004), permite tratar de temas complexos, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionário, explorando-os em profundidade. As questões previamente estabelecidas para a entrevista foram formuladas a partir da revisão bibliográfica sobre o papel do Assistente Social no processo da Saúde da Família. Os objetivos da pesquisa também serviram como base na formulação do roteiro de entrevista.

Os assuntos investigados dizem respeito, basicamente, ao papel do Assistente Social no processo de trabalho na saúde da família. Este processo foi realizado a partir de visita de campo e entrevistas. A entrevista composta de nove perguntas (estará em anexo. Vale ressaltar, que as participantes tiveram conhecimento prévio dos objetivos desta pesquisa, e que também suas identidades seriam preservadas. Primeiramente, todos os dados coletados foram transcritos de forma detalhada para que assim as informações fornecidas pelas participantes em hipótese alguma, fosse interpretada erroneamente. Em seguida foi feita análise de conteúdo, dividida em três etapas diferentes: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Em relação às questões éticas, está se propôs a respeitando as recomendações tanto do Código de Ética Profissional do Assistente Social como da Resolução CNS 196/96, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). A referida Resolução em seu inciso terceiro, dentre outros aspectos apresenta os seguintes princípios: autonomia, ao tratar do “consentimento livre e esclarecimento dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes” (BRASIL, 1996, p.2); a não-maleficência, que aborda a responsabilidade do pesquisador em tentar prever danos para evitá-lo; e a justiça e a equidade, que referem-se a relevância social da pesquisa e sua intenção de caráter vantajoso para os sujeitos envolvidos.

No Código de Ética do Assistente Social observar-se-á o “reconhecimento da

liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993, p.17) sendo este princípio norteador, o objetivo último e a sustentação deste estudo.

Esta pesquisa deslumbra que o seu resultado deva retornar para aqueles que contribuíram significativamente para sua realização: os sujeitos de estudo. Acerca desta prática, o Código de Ética também especifica como dever de fundamental importância para o profissional, no âmbito da construção do conhecimento científico, “Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que eles possam usá-los para o fortalecimento de seus interesses” (Idem, p. 23).

## **6 RESULTADOS E DISCURSSÃO**

A práxis do Assistente Social que atua na área da Saúde exclusivamente no PSF se baseia na suas aptidões e seus conhecimentos, articulados aos princípios do projeto ético-político da profissão, na abrangência dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que intervêm no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento desta demanda. Esta proximidade com os usuários, no que se refere à garantia do acesso aos direitos previstos nas políticas sociais, ocasiona um maior conhecimento acerca do SUS, seus princípios e sua organização. Diariamente, de acordo com os dados coletados com as Assistentes Sociais do Município de São do Conde na Unidade de Saúde do Distrito de Socorro nos atendimentos realizados, procura-se problematizar estas questões, fazendo-os refletir, designando condições para que estes usuários se apropriem que são sujeitos de direitos e que devem lutar para que esses direitos sejam efetivados, através das políticas pública.

Não é complexo compreender a relação e importância do Assistente Social na produção do cuidado em saúde da família, pois, apontando fortalecer e promover o acesso aos direitos de cidadania, ele procura ampla integração entre os serviços, construindo e/ou intensificando as redes de atenção e de proteção social, que podem ser imprescindíveis para o apoio ou viabilização da intervenção da equipe de saúde.

A intervenção do Assistente Social junto aos usuários do PSF e da política de saúde é plausível no sentido de poder trabalhar os direitos de cidadania e a garantia da saúde como um direito social, devendo o Estado ser protagonista no desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação em saúde na procura de um atendimento humanizado e integralizado

Diante dos dados coletados é possível dizer que o Serviço Social é uma profissão cuja ação é intensamente caracterizada pelo uso de tecnologias leves e n parâmetro que sua intervenção se dá através das relações que o profissional estabelece com os usuários, a equipe e a comunidade. O modo como o Assistente Social compreende e enfrenta uma demanda está unido a um princípio de humanização que trata de cuidar e elevar os indivíduos. Por outro lado, embora as atitudes e as posturas cuidadoras permanecerem estreitamente eternizadas a um modo de olhar do profissional, isto não avaliza um cuidado efetivo porque não é algo que pode ser estabelecido a priori, isso penderá da percepção e do aspiração de cada profissional, da relação que ele constitui com o trabalho, da maneira como são articulada seus conhecimentos e experiências para atender as necessidades sociais da população, no plano individual e do plano coletivo, tendo como horizonte o seu compromisso com a defesa da vida e a autonomia dos usuários.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das múltiplas transformações sociais, econômicas e políticas no panorama nacional e internacional, encontra-se uma série de conquistas que admitiram ao Serviço Social a constituição de uma base normativa democrática como o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da profissão e a Lei de Diretrizes Curriculares e que marcam para novas ações profissionais. Atualmente, o Serviço Social tem ampliado sua prática profissional obtendo visibilidade, sobretudo, no Programa Saúde da Família. Esse acréscimo dos espaços sócio ocupacionais do Serviço Social no campo da saúde sucede pela garantia Constitucional adotando a saúde e seus determinantes sociais, ou seja, envolvendo o processo saúde-doença enquanto um processo social.

O reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que compreende a

garantia de qualidade de vida, modos de vida, os direitos sociais, identifica o Serviço Social no campo de atuação do PSF como uma área excelente para seu trabalho. O PSF tem se disposto como um importante espaço sócio ocupacional e o mesmo como qualquer ambiente, apresenta incoerências, demarcações e probabilidades para o exercício desse trabalho, que carece de ser exposto para romper com circunstâncias de alienação e tornar possível a concretização de umas práxis que contraponha aos interesses e indigências dos usuários, reforçando princípios democráticos, por meio do controle e da participação social.

Como programa, o PSF pode ser interligado ao SUS constituindo um sistema articulando os níveis de assistência à saúde. Tem como prerrogativa o caso de estar próximo da realidade da população usuária, no momento em que se trabalha com os dados da realidade de forma ordenada, seu trabalho advém diretamente no modo de vida dessa população. Desse modo, se faz necessário a ampliação dos espaços de discussão e reflexão que considerem a informação da realidade social em que estão inseridos os usuários da política de saúde, para estimular o atendimento das demandas que decorram ao encontro das necessidades dos usuários.

Para isso, é imprescindível uma equipe que acrescente diversos profissionais na equipe básica do PSF, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, dentre outros, designando uma equipe que possa trabalhar ações na perspectiva do conceito ampliado de saúde, abrangendo a totalidade social. E o Assistente Social, contribui no PSF, ponderando seu projeto profissional comprometido com a camada que vive do trabalho, sua postura ético-político com valores progressistas da sociedade, que conhece a imprescindível emancipação dos sujeitos sociais trabalhando na perspectiva garantia de cidadania e direitos sociais em benefício da equidade e da justiça social.

Após finalização desse artigo, observa-se determinados desafios postos ao Assistente Social na política de saúde e PSF que vem sendo percebida ao longo da sua jornada profissional dentre elas se encontram; conjeturar de forma crítica sobre a atenção integral à saúde, analisando a insegurança e inoperância do setor perante uma política econômica que reporta desigualdades e exclusão social; ter uma postura interdisciplinar procurando problematizar as questões içadas nas equipes com o intuito de contribuir com a permuta de saberes e experiências, explorando os espaços que considerem a saúde e a qualidade de vida dos usuários; articulação

dos meios para viabilizar os direitos sociais contemplando o espaço de mobilização comunitária, fortalecendo a luta coletiva; discutir e propor a ampliação das equipes de PSF; estar comprometido com a qualificação permanentemente e por fim, ter a clareza que o seu fazer profissional advém no campo dos valores e comportamentos e reflete diretamente na vida dos usuários, de maneira a fortalecer as estruturas de resistências às desigualdades sociais.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália. Família: redes, laços e políticas públicas. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ALVES, Ângelo Santos. A DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SALVADOR-Ba. 2009. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9350/1/TCC%20%C3%82NGELO%20SANTOS%20ALVES.pdf> Acesso em mar de 2018.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 52, ano XVIII, dez 96

AMARO, Sarita. Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Editora AGE, Porto Alegre, 2003.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. 22ª edição, Brasília 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. 41. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Cortez, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2001/2006.

CAVALCANTI, A. S.; REIS, M. L.; LIRA, S. A. Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 2011, Brasília. Anais... Brasília: IPEA, 2011.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social, (org.). O estudo em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social. 8ª ed. São Paulo: Cortez 2008.

\_\_\_\_\_. Ética e Direitos Humanos: curso de capacitação ética para agentes multiplicadores. 2ª ed. Brasília: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Código de Ética Profissional do Assistente Social. 1993.

CHAVES, Antonio. Adoção. Belo Horizonte: Del Rei, 1995.

CORRÊA, Mariza- Repensando a família patriarcal brasileira. In: ALMEIDA, Ângela (org.)- Colcha de Retalhos. Estudos sobre a Família no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1982.

DEMO, Pedro. Metodologia científica em ciências sociais. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DESLANDES, Sueli Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Metrópoles, RJ: Vozes, 2009.

FÁVERO, Eunice Terezinha. O estudo social – fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: o estudo em perícias, laudos e pareceres técnicos. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2003.

FÁVERO, Eunice Terezinha; MELÃO, Magda Jorge Ribeiro; JORGE, Maria Rachel Tolosa (Orgs). O serviço social e a psicologia no judiciário. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FIREMAN, Theny Mery Viana. SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos. 2007. Disponível em [www.crp15.org.br](http://www.crp15.org.br), acessado em mar de 2018.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa científica. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOFFMANN, EDLA. O trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. 2007. Disponível em : [epositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5138](http://epositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5138). Acesso em abril de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001/2002.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Em questão. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete...(et al), (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Marilda; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia

científica. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

\_\_\_\_\_. Metodologia científica. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social identidade e alienação. 12 ed. São paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_, Pesquisa qualitativa : um instigante desafio. São Paulo, Veras Editora, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006a.

MIOTO, T.C.R.; NOGUEIRA, R.M.V. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, L.A. et al., (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006b.

NUNES, Carla Alessandra da Silva. Gestão Democrática da Educação - A ação colegiada nas escolas municipais de Aracaju. 2000. 105f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Núcleo de PósGraduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe. 2000.

Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saúde.gov.br/comissão/conep/resolução.html> Acesso em: 25 de outubro de 2010.

ROSA WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SALVADOR, Ângelo Domingos. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográficas: elaboração de trabalhos científicos. 11ª edição. Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 1986.

SANTOS, Izequias Estevam dos. Manual de métodos e técnicas de pesquisa científicas. 5. Ed. Niterói, RJ: Impetus, 2005.

SCHRAIBER LB, Mendes Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schaiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, editores. Saúde do

adulto: programas e ações na unidade básica. (SP): Hucitec; 1996. p. 29-47.

SIMÕES, Carlos. Curso de direito do serviço social. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOLLA, Jorge JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de gestão”. Revista de Saúde Pública da Bahia, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, C. “Políticas Públicas: uma revisão da literatura”. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2014, p. 20-45.

VASCONCELOS EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

VASCONCELOS, C. dos S. Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político pedagógico ao cotidiano da sala de aula. São Paulo: Libertad, 2000.

VASCONCELOS, A. M. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.