



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA ISABEL DE SOUSA GONDIM

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DO NORTE-CE**

LIMOEIRO DO NORTE

2018

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA

MARIA ISABEL DE SOUSA GONDIM

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DO NORTE-CE.

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família/Gestão em Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia
Afro-Brasileira.

Data: ___/___/___

Nota: _____

Banca Examinadora:

ME. REGINALDO NASCIMENTO DA SILVA

ME. RÉVIA RIBEIRO CASTRO

ME. ANA GLÁUCIA SOMBRA SARAIVA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo. Agradeço em especial aos meus pais: Ildfonso (em memória) e Beatriz, essa que sempre esteve do meu lado, meu irmão Ítalo, que, em alguns momentos, fez o papel de irmão mais velho e conselheiro, e meu outro irmão, Ildfonso Filho. Ao meu esposo, Luciano, sempre presente no meu dia a dia de muita luta, sempre ao meu lado, me compreendendo muito. Ao meu orientador, Reginaldo, profissional exemplar, o qual contribuiu bastante. A todos os colegas de sala, por todos os momentos, experiências trocadas e até pelas divergências que serviram para nos fortalecer como pessoas e profissionais.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abepss	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
Abess	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
Cmas	Conselho Municipal de Assistência Social
Comdica	Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FMS	Fundo Municipal de Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Oasf	Orientação e Apoio Sociofamiliar
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIM	Primeira Infância Melhor
PPds	Pessoas Portadoras de Deficiência
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Prev-saúde	Prev-saúde Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 REVISÃO DE LITURARTURA.....	10
2.1O CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DO SUS.....	10
2.2 O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA.....	16
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
2.4 AO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
3 METODOLOGIA.....	25
4 RESULTADOS E DICUSSÕES.....	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
5 REFERÊNCIAS.....	40

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DO NORTE-CE

Maria Isabel de Sousa Gondim

Professor Me. Reginaldo Nascimento da Silva

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a necessidade da inserção do assistente social como profissional do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Limoeiro do Norte – CE, a partir de estudos bibliográficos, pesquisa de campo e aplicação de questionário junto a alguns profissionais integrantes de equipes do PSF do referido município. Tornou-se possível perceber a relevância e a necessidade da inserção do assistente social junto às equipes de saúde da família como parte da proposta de atuação na atenção primária da saúde pública, contribuindo com os demais profissionais nestas equipes, somando nas práticas e ações conjuntas, bem como na ampliação e troca dos saberes. Evidenciou-se o entendimento sobre a atuação do assistente social na Estratégia da Saúde da Família, o qual tem o papel de trabalhar com as demandas sociais, considerando a família no seu contexto sociohistórico, no qual as diversas populações estão inseridas para serem reconhecidas como público a ser assistido com as mesmas condições e direitos, e nesse processo as ações de intersectorialidade e interdisciplinaridade exerceram papel fundamental. Diante disso, concluímos que a ESF é um novo espaço de trabalho e de inserção para o assistente social. Inserção de profissionais como o assistente social, além da equipe mínima, enriquece e amplia o fazer de todos, fortalece o conceito ampliado de saúde, potencializa a integralidade e a organização do serviço.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Serviço Social.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the need to insert the social worker as a professional of the Family Health Program (PSF) in the city of Limoeiro do Norte - CE, based on bibliographical studies, field research and questionnaire application along with some professionals who are members of PSF teams of the mentioned municipality. It became possible to perceive the relevance and necessity of the insertion of the social worker, together with the family health teams as part of the proposal for action in primary public health care, contributing with the other professionals in these teams, adding in the practices and joint actions, as well as in the expansion and exchange of knowledge. The understanding of the social worker's role in the Family Health Strategy, which has the role of working with social demands, considering the family in its socio-historical context, in which the various populations are inserted to be recognized as a public to be assisted with the same conditions and rights, and in that process the actions of intersectoriality and interdisciplinarity played a fundamental role. We conclude that the ESF is a new place of work and insertion for the social worker. Insertion of professionals such as the social worker, in addition to the minimal team enriches and broadens everyone's doing, strengthens the expanded concept of health, enhances the comprehensiveness and organization of the service.

Keywords: Family Health Strategy. Family Health Program. Social Service.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo de Limoeiro do Norte.

² Orientador do trabalho.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os princípios do Ministério da Saúde, a equipe básica da Estratégia Saúde da Família - ESF deve ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e auxiliar de consultório odontológico. Em alguns municípios brasileiros, tem acontecido a inserção de outros profissionais, como de Assistentes Sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo, no entanto não há financiamento do Governo Federal para este fim, fazendo com que em muitos municípios esta inserção seja inviável, não se tornando, portanto, uma realidade.

Diante do cenário atual, há necessidade de intervenção do assistente social na saúde da família. A proposta de atuação desse profissional na atenção primária da saúde pública parte da necessidade de desenvolver um estudo sobre a inserção no quadro de funcionários do Programa Saúde da Família. A presença do(a) assistente social nas equipes do programa Saúde da Família passa a ser uma exigência do Ministério da Saúde, por cumprir atividades em nome da promoção à saúde (PROJETO DE LEI N.º 428-A, DE 2015).

Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a necessidade da inserção do assistente social como profissional do Programa Saúde da Família. Foram realizados estudos bibliográficos e coleta de informações em campo, bem como entrevistas junto aos profissionais integrantes das equipes de ESF no Município de Limoeiro do Norte-CE. Realizou-se também levantamento bibliográfico sobre Políticas de Saúde Públicas e ESF, procurando destacar alguns dos determinantes sociais de saúde e promoção da saúde, os conselhos de saúde e controle social, além do trabalho em equipe.

Tais aspectos foram correlacionados às funções desempenhadas pelo serviço social, destacando a importância do seu papel e evidenciando a necessidade do profissional assistente social junto à equipe de saúde da família, sendo que os profissionais atuantes nas equipes consideram o serviço social uma área de extrema importância e que os maiores problemas enfrentados hoje na ESF são de cunho social, ultrapassando as competências

dos integrantes da equipe, lacuna a ser ocupada pelo assistente social.

Com base nessas reflexões teórico-práticas, emergiram algumas questões que nortearam o desenvolvimento da pesquisa, dentre elas podem ser destacadas as seguintes: Qual o entendimento dos profissionais da Equipe Saúde da Família sobre a importância da Integralidade, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade na atenção à saúde? Como o profissional de serviço social poderia ampliar o potencial dos demais profissionais da equipe do Programa Saúde da Família? Quais são as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional do Programa Saúde da Família? Quais as ações profissionais dos assistentes sociais na Equipe de Saúde da Família?

Seguindo essa concepção norteadora, os objetivos específicos do trabalho são:

Indagar sobre o entendimento dos profissionais da Equipe Saúde da Família acerca da importância da Integralidade, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade na atenção à saúde.

Analisar como o profissional de serviço social poderia ampliar o potencial dos demais profissionais da equipe do programa saúde da família.

Pontuar as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional do Programa Saúde da Família.

Identificar as ações profissionais dos assistentes sociais na Equipe de Saúde da Família.

Um dos desafios para o assistente social é justamente trabalhar demandas no sentido de superar as práticas imediatistas e pontuais das políticas sociais, visando à integralidade do sistema de saúde. É demandado a responder às refrações da questão social, seu objeto de trabalho, que não se manifestam apenas nas desigualdades sociais, como também nos movimentos de resistências. Para tal, é importante analisar as demandas, via conhecimento da realidade social na qual se manifestam.

Este trabalho enxerga a necessidade de uma política pública de saúde com caráter universal, integral, equânime e de qualidade, uma vez que essa política completa o tripé da seguridade social e tem demonstrado a necessidade da atuação e intervenção do assistente social na defesa e garantia dos direitos dos usuários acerca do acesso aos serviços de saúde.

O interesse pela temática se deu em razão da necessidade desse profissional nas unidades de saúde: sua inclusão é assunto recorrente nas entidades de assistentes sociais do país, pois a presença desses profissionais no PSF poderá melhorar o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação da assistência social será de grande relevância para a proteção e defesa dos usuários do SUS, especialmente das crianças, adolescentes, mulheres e das pessoas com deficiência, grupos que tendem a sofrer discriminação.

Conseqüentemente, este diálogo do serviço social com essa questão se faz imprescindível. Sendo a saúde pública um prodígio social, deve ser encarada com ações de habilidades políticas e interferência social direta.

Assim, faz-se necessária a compreensão da instrumentalidade do serviço social na perspectiva de vislumbrar a intervenção profissional no âmbito da saúde, a fim de apreender as relações decorrentes deste contexto, visando às verificações e construções de mediações da prática profissional no que tange às respostas a esta atenuante apresentada.

2 REVISÃO DELITERATURA

2.1 O CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DO SUS

Os sistemas de saúde hoje conhecidos são relativamente oriundos de um período não muito distante e se consolidaram na metade do século XX. Os Estados Nacionais se organizaram e desenvolveram estruturas que buscam prevenir, tratar e reabilitar vítimas de doenças a fim de também moderar a forma de produção de alimentos, medicamentos e equipamentos, o que estava relacionado ao cuidado em saúde.

Várias iniciativas foram inseridas ao longo da história, visando a proteger a saúde das pessoas e controlar as doenças. Desta feita, em meados do século XIX, os governos ora passam a amparar, ora passam a interferir em organizações de ajuda mútua.

As associações e os auxílios mútuos coletavam contribuições de cada membro e formavam um fundo utilizado por quem precisasse em caso de

morte, adoecimento, afastamento do trabalho ou outros acontecimentos. De modo geral, podemos afirmar que o Brasil materializou suas casas mutualistas com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), criados pela chamada Lei Eloy Chaves, de janeiro de 1923.

Na década de 1960, surge uma conjuntura de diversas forças sociais e políticas, resultantes do golpe militar de 31 de março de 1964. O Estado Brasileiro era centralista sob o domínio de oligarquias. Vivia-se de acordo com o regime de exclusão, ditadura civil-militar.

À época, a crise do setor de saúde, assinalava a necessidade de reformulação. Sob a ótica centralista, autoritária e de favorecimentos para o regime civil-militar, se desenvolviam as reformas. O cenário apresentado era de milhares na extrema pobreza, desenvolvendo doenças infectocontagiosas típicas dos pobres, e uns poucos com padrão de vida invejável, desenvolvendo doenças crônico-degenerativas comuns em sociedades industrializadas.

Um imprescindível movimento incorporou no período pós-1964 a Reforma Sanitária Brasileira. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde foi realizada em 1962 na cidade de Alma-Ata, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

O movimento reformista brasileiro teve forte influência da reforma sanitária ocorrido na Itália, aduzindo um esforço de libertação/democratização do país contra o que predominava, apesar de a ação ser dirigida ao campo sanitário. O movimento cumpriu o papel de conjectura de reforma e de oposição à ditadura, multiplicaram-se as orientações políticas de acordo com o fim do bipartidarismo e de acordo com as opções teóricas e de método de implantação da reforma.

A pressão do movimento e a concernente institucionalização levam o governo Sarney a solicitar a VIII Conferência Nacional de Saúde, acontecendo pela primeira vez neste ato representação paritária entre os usuários do sistema e o somatório dos demais partícipes. A mobilização regionalizada desta Conferência reuniu mais de cinquenta mil pessoas, configurando-se como um marco político da Reforma Sanitária, apoiados por intelectuais e setores organizados e progressistas da sociedade.

Destarte, a Constituição Federal incorporou boa parte do proposto no relatório final da VIII CNS (Conselho Nacional de Saúde), trazendo para as políticas públicas parte dos teores lançados nos movimentos sociais.

O sistema de criação do SUS teve início a partir das demarcações das definições legais instituídas pela Constituição Federal do Brasil, de 05 de outubro de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”, sendo materializado e regulamentado com as leis: Lei Orgânica da Saúde (LOA), nº 8080/90, e nº 8.142/90 (definidora da participação popular), nesta ordem sendo estabelecidas normas e diretrizes que norteiam o sistema de saúde, assim como as perspectivas relacionadas à sua organização e funcionamento.

A nova Constituição aduz no Título VII, Capítulo II, dedicado à Seguridade Social, que incorpora a previdência social, à saúde e à assistência social. Dos artigos 196 a 200, institui a estrutura jurídica do setor de saúde. O artigo 196 condensa parte considerável da luta pela Reforma Sanitária: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2011, p. 10).

Em seu Artigo 200, define as competências quando literalmente registra que:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições nos termos da lei: I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI- fiscalizar e inspecionar alimentos compreendido o controle do seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2011, p. 11).

As ações de serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da “Carta Magna”, obedecendo aos seguintes princípios e diretrizes:

I- universalidade e acesso a todos os níveis de assistência; I- integralidade de assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis em complexidade do sistema; III- preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral; IV- igualdade da assistência à saúde sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie; V- direito a informação às pessoas assistidas sobre sua saúde; VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e as suas utilizações pelo usuário; VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII- participação da comunidade; IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2011, p. 12)

O SUS estreia o desafio de determinar as novas funções e competências das três esferas de governo na efetivação das ações de saúde. Portanto, o resultado foi um exemplo de gestão que almeja concordância entre os responsáveis. Objetivou-se, assim, um conjunto de particularidades entre os entes federados que convencionam decisões.

Os Conselhos de Saúde, regidos pela Lei 8.142/90, são órgãos em âmbito nacional, estadual e municipal para que a sociedade possa mediar as ações do SUS, fazendo valerem seus interesses. São colegiados, isto é, devem trabalhar e tomar decisões medianamente, acompanhando, fiscalizando e controlando a política de saúde e promovendo conformidades e aprimoramento em suas orientações. São compostos por segmentos do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

As conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, devem acontecer de forma ordinária a cada quatro anos. A Lei 8.142/90, que disciplina as Conferências de Saúde, garante a similaridade de participação entre os segmentos dos usuários e o somatório dos demais segmentos. As Conferências definem momentos importantes de debates com a sociedade e progressos de participação social no SUS. Os Conselhos, por sua vez, formam um composto de democracia direta e representativa. Os conselheiros representam entidades e, por sua vez, controlam diretamente atos do Poder

Executivo. O arcabouço jurídico e institucional do SUS permite as diversas esferas de gestão negociar as políticas de saúde em curso e as que serão executadas, permitindo que o papel do gestor do SUS possa ser tanto político quanto técnico.

A figura de federação brasileira, conexo aos princípios e diretrizes do SUS, levou à concepção de instâncias intergovernamentais, relativas às esferas de gestão. A Comissão Intergestores Tripartite (criada em 1991), no âmbito Nacional, tem funcionamento regular há mais de 20 anos e cumpre papel decisivo na distribuição de recursos financeiros e nos processos de descentralização de gestão, sendo composta por gestores nacionais, estaduais e municipais. A Comissão Intergestores Tripartite é composta pela representação dos Secretários Municipais, o CONASS, por representantes dos Secretários Municipais, o CONASEMS, e por enviados do Ministério da Saúde e é mesclada por 18 membros de forma paritária entre os componentes de cada representação.

Percebe-se que a descentralização é ponto relevante nas reformas dos Estados, ocorridas em meados dos anos 1980, sendo que o Brasil adotou a forma político-administrativa, sendo resultado da passagem de um sistema de saúde para outro, baseado nos municípios. Desta feita, foi identificada a fragilidade institucional de financiamento e das características distintas dos estados e municípios, verbalizando que a cultura organizacional e a capacidade instalada de prestação de serviços são heterogêneas no vasto território nacional, sendo que as condições locais municipais e estaduais dificultam arranjos de cooperação entre esferas de governo na consolidação de uma rede de serviços e assistência.

A etapa mais recente na caminhada da descentralização e da regionalização apresenta um instrumento normativo: Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), de acordo com o decreto Lei 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, tratando da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.

Diante do exposto, fica claro que a COAP não se limita a definir a transferência de recursos, mas amplia sua perspectiva ao buscar organizar o SUS, promovendo a regionalização por meio da integração de uma rede de

serviços. Destaca-se a criação da lista de medicamentos, equipamentos e rol mínimo de serviços do SUS (RENAME E RENASES), definindo redes assistenciais à saúde sob a ótica de territorialização.

Ficou subentendido que as três esferas de governo, municipal, estadual e federal são responsáveis de financiar o Sistema Único de Saúde, gerando receita necessária para custear as despesas com serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promover arrecadação a universalidade e integralidade do sistema têm sido tarefas delicadas. A falta de repasses dos municípios, as restrições orçamentárias de cada setor fazem o financiamento frequentemente ocupar agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, como resultado da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29, define os percentuais de investimentos financeiros das três esferas. Por conseguinte, esta lei determinou que municípios e Distrito Federal, devem aplicar anualmente 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. Especificamente no caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do PIB do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública, nasce em abril de 2012 o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, Saúde Mais 10, sob a proposta de assegurar o repasse de 10% das receitas brutas da União para o SUS. O movimento contou com o apoio de 44 entidades, tais como o Conselho Nacional de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde e a Ordem dos Advogados do Brasil, que, em agosto de 2013, colheram milhões de assinaturas entregues à Câmara dos Deputados pleiteando que a Casa de Leis discutisse. Sem êxito, as entidades e movimentos sociais entenderam que será necessário alterar a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, por meio de Projeto de Lei de iniciativa popular, a fim de priorizar o financiamento.

2.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

A emergência e institucionalização do Serviço Social como especialização do trabalho ocorrem nos anos 20 e 30, sob influência católica europeia. Com ênfase nas ideias de Mary Richmond e nos fundamentos do Serviço Social de Caso, a técnica está a serviço da doutrina social da igreja.

Nos anos 40 e 50, o Serviço Social Brasileiro recebeu influência norte-americana. Marcado pelo tecnicismo que bebe na fonte da psicanálise, bem como da sociologia de base positivista e funcionalista/sistêmica, sua ênfase está na ideia de ajustamento e de ajuda psicossocial. Nesse período, há o início das práticas de Organização e Desenvolvimento de Comunidade, além do desenvolvimento das peculiares abordagens individuais e grupais. Com supervalorização da técnica, considerada autônoma e como um fim em si mesmo e com base na defesa da neutralidade científica, a profissão se desenvolve em virtude dos serviços citados.

O curso superior de Serviço Social foi oficializado no país pela Lei Nº 1889, de 1953. Em 27 de agosto de 1957, foi criada a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994, de 15 de maio de 1962, regulamentando a profissão. Em virtude das mudanças ocorridas na sociedade e no seio da categoria, um novo aparato jurídico se fez necessário de forma a expressar os avanços da profissão e o rompimento com a perspectiva conservadora. Hoje, a profissão encontra-se regulamentada pela Lei 8662, de 07 de junho de 1993, que legitima o Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais, definindo, em seus artigos 4º e 5º, respectivamente, competência e atribuições privativas do assistente social.

Além da lei, contamos também com o Código de Ética Profissional, que veio se atualizando ao longo da trajetória da profissão. Em 1993, após um rico debate com o conjunto da categoria em todo o Brasil, foi aprovada a quinta versão do Código de Ética Profissional, instituída pela Resolução 273/93 do CFESS.

Nos anos 60 e 70, há um movimento de renovação na profissão, se refletindo nos esforços de superação do tradicionalismo profissional e ruptura com o conservadorismo. O Serviço Social se laiciza e passa a incorporar nos seus quadros segmentos dos setores subalternizados da sociedade. Estabelece interlocução com as Ciências Sociais e se aproxima dos

movimentos “de esquerda”, sobretudo do sindicalismo combativo e classista, que se revigora nesse contexto.

O profissional amplia sua atuação para as áreas de pesquisa, administração, planejamento, acompanhamento e avaliação de programas sociais, além das atividades de execução e desenvolvimento de ações de assessoria aos setores populares. Nesse cenário, é intensificado o questionamento da perspectiva técnico-burocrática, por ser esta considerada instrumento de dominação de classe, a serviço dos interesses capitalistas.

Com os “ventos democráticos” dos anos 80, inaugura-se o debate da Ética no Serviço Social, buscando-se romper com a ética da neutralidade e com o tradicionalismo filosófico fundado na ética neotomista e no humanismo cristão. Assume-se claramente no Código de Ética Profissional, aprovado em 1986, a ideia de “compromisso com a classe trabalhadora”. O Código de Ética Profissional traz outro avanço: a ruptura com o corporativismo profissional, inaugurando a percepção do valor da denúncia (inclusive a formulada por usuários). No âmbito da formação profissional, busca-se a ultrapassagem do tradicionalismo teórico-metodológico e ético-político, com a revisão curricular de 1982. Supera-se, na formação, a metodologia tripartite e dissemina-se a ideia da junção entre a técnica e o político. Há ainda a democratização das entidades da categoria, com a superação da lógica cartorial pelo Conjunto CFESS/CRESS, que conquista destaque no processo de consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

Nos anos 90, se verificam no âmbito do Serviço Social os efeitos do neoliberalismo, da flexibilização da economia e reestruturação no mundo do trabalho, da minimização do Estado e da retração dos direitos sociais. O Serviço Social amplia os campos de atuação, passando a atuar no chamado terceiro setor, nos Conselhos de Direitos, ocupando funções de assessoria, dentre outras. Discutindo sua instrumentalidade na trajetória profissional, ressignifica o uso do instrumental técnico-operativo e cria novos instrumentos, como mediação para o alcance das finalidades, na direção da competência ética, política e teórica, vinculada à defesa de valores sociocêntricos emancipatórios. Partindo do pressuposto da necessidade da capacitação continuada, o Serviço Social busca a ultrapassagem da prática tecnicista, pretensamente neutra, imediatista ou voluntarista.

Nos anos 2000, essa conjuntura provoca novas disputas em torno da questão social e do papel a ser cumprido pelas políticas sociais: verifica-se a proliferação de cursos de graduação privados de baixa qualidade, implementação do ensino de graduação à distância, com prejuízo ao ensino presencial. Reduz-se a capacidade de mobilização em torno de projetos coletivos, o que gera novos desafios para a luta pela consolidação dos direitos da população usuária dos serviços prestados pelos assistentes sociais.

O Código de Ética Profissional representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, define direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. Ele expressa a renovação e o amadurecimento teórico-político do Serviço Social e evidencia, em seus princípios fundamentais, o compromisso ético-político assumido pela categoria.

Esses elementos apontam para a necessidade de fortalecer o projeto ético-político profissional, que vem sendo construído pela categoria há mais de três décadas.

É uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que utiliza um instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da "questão social", isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Inserido nas mais diversas áreas (saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça, etc.) com papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, o assistente social efetiva sua intervenção nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços.

Uma prática profissional que rompa com as ideias conservadoras a partir da definição clara e consciente de referências ético-políticas e da apropriação da perspectiva teórico-metodológica, buscando referências concretas para a ação profissional, que possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, como expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente,

crítico, criativo e politizante. Portanto, não diferente se faz na área da saúde, visto ser o assistente social um profissional atuante nas políticas de saúde.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominou até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram, segundo Braga; Paula (1986, p. 53-55):

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940. Os dois primeiros foram financiados pela Fundação Rockfeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, incorporando vários serviços de combate às endemias e assumindo o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Como profissionais na área de saúde, devemos receber e tratar bem todas as pessoas, independentemente de cor, etnia e classe social, sem preconceito ou privilegio de qualquer espécie, ressaltando que devemos dar prioridade às situações de risco, de acordo com as necessidades de cada um. No SUS, se faz necessária a articulação entre prevenção, promoção e recuperação da saúde, bem como ações intersetoriais para o alcance de melhorias na saúde individual e coletiva.

Concluimos lembrando que o legislador estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover transformações no atual modelo de assistência à saúde no território brasileiro, incluindo em seu plano de ações e metas prioritárias as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, ocorrendo sua expansão nacional ainda no referido ano que foi criado.

O Programa Saúde da Família foi criado com o objetivo de

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

No documento do Ministério da Saúde, o Governo reafirma que o PSF não é somente mais um programa implantado na rede pública de serviços, que não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas foi criado com o intuito de construir um novo modelo de assistência no país com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, rompendo com o caráter passivo das Unidades de Saúde (US), levando a saúde para mais perto da família no intuito de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1994).

Nesse sentido, o PSF se configura como porta de entrada do sistema de saúde e apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde familiar de forma integral e contínua, articuladas com a assistência curativa e de alta complexidade e combinadas com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, responsabilização solidária e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecimento ou morte.

Apesar de o Programa Saúde da Família ter sido elaborado em nível federal pelo Ministério da Saúde, sua implantação e expansão se dão mediante união dos municípios e vontade política do gestor e da própria comunidade. Contudo, o Ministério da Saúde contribui decisivamente, por meio de incentivos financeiros desde sua implantação. O Programa Saúde da Família se configurou como política nacional na atenção à saúde familiar devido, dentre outros fatores, aos incentivos financeiros promovidos pelo Ministério da Saúde.

Segundo o documento do Ministério da Saúde, “a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferenças locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais” (BRASIL, 1997). O processo de implantação do PSF tem diversas etapas, dentre elas a habilitação do município em alguma das gestões da NOB/96 (8), a comprovação do pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a existência de um Fundo Municipal de Saúde, bem como do compromisso de elaborar e divulgar, anualmente, o Plano Municipal de Ações e Gastos em Saúde e uma rede de transferência e contratransferência também necessária.

O principal critério adotado pela gestão pública para a implantação das unidades básicas da Saúde da Família nas comunidades geralmente é o enfoque de risco social. Comumente, as unidades básicas são implantadas em comunidades que possuem altos índices de criminalidade, desemprego, prostituição, crianças fora da escola, dentre outras questões sociais que aumentam o risco de adoecer e morrer. Dessa forma, os gestores municipais, em muito dos casos, escolhem áreas periféricas e com dificuldade de acesso da comunidade aos serviços de saúde para implantar as primeiras equipes do PSF.

A implantação fundamentada no referido critério, dando prioridade a estas comunidades que vivem em situação de risco social, tem provocado crítica ao Programa, de forma que muitos o consideram um programa de saúde precário para os pobres, num contexto no qual os municípios, para atender à demanda de saúde dos usuários que procuram os serviços de saúde, acabam por atender aos “comprovadamente pobres”, constituindo-se uma maneira perversa de incluir os que não podem pagar pelos serviços. Conseqüentemente, os que podem pagar pelos serviços acabam discriminados, o que se contrapõe ao princípio universal do SUS. Tendo-se a

ideia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres (SOARES, 2000).

O programa, desenvolvido em nível local, fica vulnerável à estrutura econômica dos municípios, agregada à concepção de descentralização, caracterizada como “[...] mera transferência da responsabilidade sobre os serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais do governo” (SOARES 2000, p. 77).

No entanto, apesar de o programa priorizar estas comunidades, de acordo com o objetivo do Ministério da Saúde e a meta principal do Programa Saúde da Família, a reorganização das ações e serviços de saúde no Brasil será atingida quando a operacionalização de um sistema de atenção hegemônico apoiado nos princípios da saúde da família, na noção de território e no fortalecimento dos vínculos entre os usuários e as equipes de saúde abarcar 75% da população nacional (BRASIL, 1997).

Desde sua criação, o Programa Saúde da Família enfrentou grandes desafios e críticas tanto ao programa quanto aos trabalhadores nele inseridos. Desde então, o programa realizou várias adequações, de acordo com as posições políticas e movimentos de pressão e controle social, em muitas das vezes contraponto aos princípios do SUS, e em outras servindo de reforço importante à saúde e ao SUS.

Contudo, com todas as suas lacunas, o Programa Saúde da Família avançou no sentido de democratizar o acesso aos serviços de saúde e contribuiu na articulação do controle social e no processo de descentralização, uma vez que serviu como mecanismo de pressão para a adequação dos municípios à NOB 1/96. É relevante salientar que o programa possui potencialidades que devem ser ressaltadas para que se transformem em instrumento de garantia de direito ao acesso universal à saúde no Brasil.

2.4 O ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Atualmente, o Sistema Único de Saúde tem alcançado alguns avanços, porém ainda são muitos os desafios a enfrentar para garantir assistência integral de qualidade às pessoas. Os direitos dos cidadãos não têm sido garantidos de forma universal e igualitária e é dentro dessa realidade que

o trabalho dos assistentes sociais tem se pautado e vem se desenvolvendo, tornando-se uma prática necessária à promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde, que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais. O assistente social como defensor dos direitos de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia por meio do fortalecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

As atribuições e competências do assistente social no campo da saúde são geridas por Conselhos Municipais e Estaduais e pelo Conselho Federal de Serviço Social, além do Ministério da Saúde, pela resolução nº 218, de 6/3/1997. O Conselho Nacional de Saúde reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, bem como a Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde (CFESS, 2010, p. 6)

As contribuições do profissional assistente social podem ser do próprio processo de planejamento junto à equipe, pois nele se expressa sua visão de homem e de mundo, baseada nos valores fundamentais que constituem o projeto ético-político do Serviço Social, legitimado nos documentos que regulamentam a profissão, na busca do exercício da cidadania e da emancipação dos sujeitos sociais, bem como na construção de um projeto de trabalho que pode significar uma forma potente de resistência às ações meramente rotineiras e burocráticas.

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), na Estratégia Saúde da Família, já é considerável o contingente de assistentes sociais, que, depois de médicos, enfermeiros e dentistas, representam a categoria profissional de maior expressão. Isso mostra a necessidade de pensar a atuação do assistente social na Saúde da Família mediante sua inserção na equipe definida pelo MS. Vale ressaltar que a justificativa para tal inserção não é corporativa, mas baseada nas contribuições que um profissional como o assistente social certamente trará para as equipes do Programa Saúde da Família, focadas na atenção integral à saúde, especialmente quando inscritos na atenção básica.

O Projeto de Lei N.º 428-A, de 2015, dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes do programa Saúde da Família; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família pela aprovação, do relator Dep. Raimundo Gomes de Matos, relatando que a proposta de inclusão desse profissional na ESF justifica-se pelo entendimento técnico/político que reconhece sua contribuição na conformação do novo modelo assistencial de saúde proposto por meio da Estratégia Saúde da Família. A defesa da ampliação da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – de forma a assegurar, institucionalmente, a inserção de diferentes profissionais de saúde, dentre eles o assistente social – se dá em virtude da compreensão de que as profissões surgem e se desenvolvem a partir das necessidades sociais históricas, respondendo a determinados contextos que justificam sua existência.

O assistente social é de suma relevância para o Programa Saúde da Família, pois é um profissional que busca amenizar as mazelas sociais, já que é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Segundo Projeto de Lei N.º 428-A, de 2015, são diversas as atribuições de titularidade dos Assistentes Sociais na Equipe Saúde da Família e podem ser extremamente úteis para melhor garantir a integralidade do direito à saúde, e o programa de maior alcance e que poderia melhor abrigar esse profissional é o Saúde da Família. Ainda de acordo com o projeto a ação da assistência social, em parceria com a atenção à saúde, será de especial valia para a proteção e defesa dos usuários do SUS, mas em especial das crianças, adolescentes, mulheres e portadores de deficiências, grupos que tendem a sofrer discriminações iníquas e podem ser mais bem atendidas, em todas as suas necessidades, a partir da ação do assistente social.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema de pesquisa que ora compreende a inserção do assistente social no PSF (TRIVINOS, 1987), visto que aprofunda seus conhecimentos numa realidade determinada que possibilita ao pesquisador maior familiaridade com o ambiente a ser

pesquisado, permitindo uma investigação mais clara e precisa.

Em primeiro momento, foram realizados estudos bibliográficos e coleta de informações qualitativa em campo, por meio de entrevistas junto aos profissionais integrantes das equipes de ESF no município de Limoeiro do Norte-CE. Procurou-se destacar alguns dos determinantes sociais de saúde e promoção da saúde, os conselhos de saúde e controle social, além do trabalho em equipe.

Durante as entrevistas, foi observado o entendimento da equipe saúde da família sobre a importância da integralidade, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade na atenção à saúde. Além disso, foi analisada a visão dos profissionais com relação à inserção do serviço social no PSF.

Na pesquisa qualitativa, o conhecimento supõe uma ação coletiva entre todos os envolvidos, sendo possível:

[...] identificar criticamente seus problemas e suas necessidades, encontrar alternativas e propor estratégias adequadas de ação. Os dados coletados não são coisas isoladas, são importantes fenômenos, - 'que fazem parte de um contexto que se manifesta através de contradições, revelações e ocultamentos' (CHIZZOTTI, 1991, p. 82-84).

Esses ocultamentos precisam ter métodos críticos para se desvendar a temática no que diz respeito aos aspectos científico, político, econômico, social e cultural.

A fim de desenvolver a pesquisa de maneira eficaz, foram estudados alguns conceitos e categorias, tais como: historicidade, totalidade, contradição, as categorias teóricas explicativas da realidade: política de saúde; reforma do Estado; Programa Saúde da Família e processos de trabalho no Serviço Social (desdobradas em trabalho, objeto e meios), e categorias empíricas assistência social; prevenção, promoção e educação em saúde; participação e controle social; demandas, rotinas e atividades profissionais no PSF; projeto de trabalho; fundamentação teórica e metodológica do trabalho; estratégias, instrumentos e técnicas; condições de trabalho do assistente social; divisão, organização do trabalho no PSF, todas surgidas no decorrer da análise.

Contudo, cabe salientar que as categorias de análise para o método proposto devem permear todo o estudo, não precisando, necessariamente, ser identificadas nas falas dos entrevistados, mas na discussão promovida pelo

pesquisador no desenvolver do processo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fazemos a seguinte pergunta: como o profissional de Serviço Social poderá contribuir com os demais profissionais do Programa Saúde da Família?

A inserção do assistente social na política de saúde ocorreu de forma lenta e gradativa, ainda há programas e setores em que a atuação do serviço social é necessária, porém o desconhecimento ou a falta de entendimento acerca da profissão inibem a formação de equipes de trabalho que permitam aglutinação bem sucedida do assistente social. A política de saúde teve avanços desde a sua garantia como direito na Constituição Federal de 1988: a Lei 8080, de 1990, trouxe a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS para o Brasil, e com ele a divisão dos níveis de atendimento dentro deste sistema de acordo com a necessidade da população e das especificidades que devem ser atendidas. Neste contexto, surge o Programa de Saúde da Família - PSF, em 1994, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF, que vem para atender a população na atenção primária de saúde do SUS, aparecendo como porta de entrada para os atendimentos e encaminhamentos para as especialidades requisitadas. Portanto, esta pesquisa vem demonstrar a importância da inserção do serviço social na ESF, demonstrando nos objetivos do programa e na política de saúde características que são do perfil do profissional de serviço social, bem como pesquisando *in loco* na ESF se eles têm essa necessidade e a opinião de assistentes sociais conhecedores de suas atribuições.

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, aprovou a inclusão do Serviço Social no Programa Saúde da Família, mas sua inserção ainda está restrita a um número pequeno de equipes.

No momento da coleta de dados com alguns membros da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Maria Tercila Nogueira, no bairro Luís Alves de Freitas, na cidade de Limoeiro do Norte-CE, a atendente M. de F. F. B. relata que:

É de grande e suma importância à ajuda do Serviço Social, no sentido de contribuir nas palestras educativas, no planejamento familiar, no que diz respeito à nutrição, problemas emocionais visando às dificuldades de um modo geral (M. DE F. F. B., 2018).

Reforça-se, assim, o argumento da importância do assistente social na equipe básica, não como o "salvador", mas no entendimento de que já tem sua formação focada no campo da discussão macroestrutural. A este aspecto, soma-se a questão do direito de cidadania, o posicionamento frente às desigualdades, mediante o qual o setor de saúde se viabiliza institucionalmente através da participação nos Conselhos Comunitários, no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde, fóruns nos quais os Assistentes Sociais se fazem presentes como militantes e como assessores do movimento popular em saúde.

A agente comunitária de saúde da ESF Maria Tercila Nogueira, do bairro Luís Alves de Freitas, na cidade de Limoeiro do Norte-CE, disse que o Serviço Social poderá contribuir com os demais profissionais do PSF em questão:

orientando-os a lidar com diversas situações encontradas no ambiente de trabalho onde carece a assistência social, como também na resolutividade de problemas (atendimentos) onde os demais profissionais não estão capacitados ou não tão quanto o assistente social para atendê-los

Outra pergunta que fazemos é: O que o profissional Assistente Social pode desenvolver como atividade laboral na equipe Saúde da Família?

O assistente social realizará seu trabalho respeitando seu código de ética profissional, 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 na afirmação que ressalta o trabalho das expressões da questão social que emergem da população com a evolução do processo saúde-doença. Além disso, a efetivação, a defesa e a garantia do acesso ao direito à saúde são atribuições dessa profissão. Enfim, pode-se dizer que a inserção profissional na saúde se faz em quatro grandes eixos: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 39), devendo atuar 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 e atendendo às demandas, expressões da questão social, emanadas deles sob responsabilidade da política de saúde.

O profissional da área social, além de elaborar os devidos encaminhamentos necessários ao usuário, estará orientando a família em relação ao convívio social e devidos cuidados com a pessoa que necessita, proporcionando o desenvolver capacidades familiar, incluindo em projetos sociais membros familiares para determinar seu protagonismo.

Relatos da Agente Comunitária de saúde da ESF Maria Tercila Nogueira em dados coletados:

Ele pode orientar os usuários, desde um atendimento individual, a uma família ou um grupo (coletivo)

O assistente social terá no PSF as ações focadas nos seguintes objetivos: promover a intersetorialidade com os demais programas e políticas públicas; orientar a população acerca do direito à saúde e demais direitos sociais; assessoria e apoio a grupos existentes na comunidade; fortalecer a participação popular e o controle social; realizar de oficinas, palestras, capacitações, discussões, encontros multiprofissionais, intersetoriais e com grupos e segmentos sociais (idosos, mulheres, adolescentes, etc.), além de fortalecer parcerias com organizações da sociedade civil.

A atendente da UBS na qual foram coletados os dados fala das potenciais contribuições do assistente social no PSF:

Através das necessidades da comunidade, o profissional assistente social pode elaborar atividades junto a essa comunidade para melhorar as dificuldades.

Sabe-se que há inúmeros desafios da atuação do Assistente Social junto ao PSF. Comente um pouco sobre esses desafios (dificuldades). E suas possibilidades?

O desempenho dos assistentes sociais vem tornando-os imprescindíveis, tanto na discussão acadêmica quanto na formação profissional, principalmente desde a última década do século XX. Resultados de estudos e contato excêntrico com profissionais inseridos nas políticas sociais têm apontado a necessidade de aprofundar o conhecimento, interpretando-o no campo da política social, assim como a dimensão técnica operativa da profissão e sobre a instrumentalidade do Serviço Social, especificamente na área da saúde.

A mediação deste profissional foca-se na aplicação das políticas nacionais e, aos poucos, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na

formulação, gestão e execução da política social para o processo de inserção de atribuições de caráter institucional das políticas públicas, seja para a afirmação lógica da garantia dos direitos, seja para solidificação do projeto ético-político-profissional, e o enfrentamento dos desafios nas áreas das políticas públicas de saúde, torna-se indispensável para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão, no âmbito da prática na unidade do Programa Saúde da Família.

No que se refere ao Serviço Social, a equipe composta por assistentes sociais deverá ter o entendimento de que os parâmetros de atuação devem estar situados como:

Espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010, p. 99).

Desta feita, a contribuição da equipe de assistentes sociais possibilitará a atuação profissional prioritariamente, em ações coletivas e integradas com a equipe do Programa Saúde da Família, contribuindo para instaurar novos olhares na Gestão e na população, para as diversas expressões da questão social e para o desenvolvimento de confrontos críticos desta realidade, em que, na maioria das vezes, as mazelas sociais são a matriz de muitos problemas.

Todavia, por causa da precarização e redução dos recursos aos serviços à saúde, as ações desta categoria profissional não têm recebido apoio, para consolidar atos que deveriam estar focados para a promoção da saúde, para o atendimento prioritariamente coletivo das demandas apresentadas pelas equipes de PSF, ou seja, ações no território, com foco na participação e controle social e ações intersetoriais que objetivem atender integralmente usuário e coletivizar suas demandas emergenciais, cada vez menos atendidas.

Diante do exposto, muitos são os desafios encontrados pelos assistentes sociais em cumprir com primazia o exercício de sua profissão no Programa Saúde da Família, o primeiro deles diz respeito ao entendimento do Serviço Social como área prioritária de atuação dentro da equipe pelas gestões municipais. Outro ponto seria o atendimento de demandas individuais e

familiares, além do atendimento inserido na comunidade e no território, focado na mobilização, participação social e articulação entre setores, sendo que neste item da participação social para a atuação deste profissional no Conselho de Saúde não há integralidade, em virtude da falta de espaço físico adequado e de equipamentos mínimos necessários (consultórios, computadores, telefone, etc.).

Você conhece ou já ouviu falar da Lei Nº 428-A, de 2015, que dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes do Programa Saúde da Família? Ele obteve parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação tendo como relator o Deputado Raimundo Gomes de Matos. Nesse sentido, como você percebe a necessidade de ela ser cumprida? Quando falamos da inserção desse profissional em sua equipe, alguém faz menção a esta lei?

O Programa Saúde da Família (PSF) poderá ser obrigado a incluir assistentes sociais – devidamente registrados nos conselhos profissionais – nas equipes e nos núcleos de apoio à saúde familiar que atuam nos municípios. A determinação consta no Projeto de Lei 428/15, apresentado no dia 24 de janeiro de 2015, pela Deputada Alice Portugal, em tramitação na Câmara dos Deputados. De acordo com a parlamentar, a inclusão foi um pedido de entidades de assistentes sociais do País. Para ela, a presença desses profissionais no PSF poderá melhorar o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial das crianças, adolescentes, mulheres e das pessoas com deficiência, grupos que tendem a sofrer discriminações.

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 428/15, porém esse projeto, que tramita em caráter conclusivo, será analisado ainda pelas comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para o relator Raimundo Gomes de Matos, a inserção dos profissionais melhorará serviço prestado pelo programa, pois se trata de uma profissão que, com caráter investigativo-interventivo, busca a promoção e universalização dos direitos sociais.

Durante a coleta de dados com alguns dos membros da Equipe Saúde da Família da Unidade Básica Maria Tercila Nogueira, foi possível observar que eles não conhecem essa lei, apesar de reconhecerem a

importância desse profissional na equipe. A entrevistada J. D. de F. N., uma das agentes comunitária de saúde da equipe, afirma:

Não conhecia, mas considero de extrema necessidade ser cumprida, sendo a motivada por conhecer a comunidade que atua, onde muitas famílias se encontram em vulnerabilidade social.

A defesa da ampliação da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de forma a assegurar, institucionalmente, a inserção de diferentes profissionais de saúde, dentre eles o assistente social, se dá mediante compreensão de que as profissões surgem e se desenvolvem a partir das necessidades sociais históricas, respondendo a determinados contextos que justificam sua existência.

É importante ressaltar que o Serviço Social integra as 14 profissões do campo da saúde, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997, alterada pela Resolução nº 287 de 8 de outubro de 1998. Essas resoluções complementaram o texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como propôs o acesso igualitário da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Reconhece o CNS, por meio da referida resolução, a “imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior como um avanço no que tange à concepção à integralidade da atenção”. Nessa mesma direção, o CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), mediante Resolução nº 383, de 02 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde sem, no entanto, lhe conferir exclusividade nessa área.

A intervenção profissional do assistente social acontece no campo da proposição e formulação da gestão, do desenvolvimento e execução das políticas públicas, viabilizando o acesso dos segmentos das populações excluídas dos serviços, benefícios construídos e conquistados socialmente, principalmente no tocante às políticas de Seguridade Social, na perspectiva da formação para a cidadania e participação e exercício do controle social. Contudo, o profissional de serviço social vive tencionado por duas questões no saúde da família: primeiramente, o de conseguir inserir-se e manter-se na equipe, o que depende muitas vezes de abertura política dos gestores

municipais, o segundo desafio é atender às demandas colocadas a partir do projeto de Reforma Sanitária.

Portanto, partindo da lógica norteadora do próprio SUS e compreendendo o novo conceito de saúde, o trabalho coletivo em saúde pública e todos os determinantes sociais do processo saúde-doença, entendemos que não se faz uma “assistência à saúde integral à família” mediante PSF com uma equipe mínima de nível superior (médico e enfermeiros). Para se garantir a Integralidade das suas ações, é necessária a inserção de outros trabalhadores da saúde, dentre eles, pela própria construção histórica e necessidades sociais explicitadas nesse artigo, destacamos a figura do assistente social.

O Serviço Social marca sua trajetória na área da saúde com esse compromisso ético-político: a intenção de prestar o melhor trabalho possível à população, sensibilizando-a para a participação social, na defesa de seus direitos e acolhendo-a na porta de entrada do sistema, ou seja, no Programa Saúde da Família. O Serviço Social defende sua participação no PSF de forma a assegurar, institucionalmente, a presença de diferentes profissionais de saúde no seu bojo. Nesse sentido, o entendimento da categoria profissional é de que a inserção do assistente social na área saúde vem sendo escrita ao longo dos anos, e caracteriza-se pela oferta de um profissional que articula o recorte social nas diferentes formas de promoção da saúde, além de identificar causalidades e multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população.

No que toca à família, fenômenos até então relacionados aos serviços de saúde – como violência doméstica, alcoolismo, drogas e o processo de perda da condição das famílias cuidarem de alguns de seus membros mais fragilizados, como idosos, crianças, deficientes e outros – passam a integrar a agenda das equipes de PSF. Assim, o Assistente social constrói sua trajetória no PSF, conquistando espaço e respeito dos outros profissionais e da comunidade, imprimindo 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.

Qual a importância do trabalho em equipe e do trabalho em rede para a promoção em saúde?

O trabalho em equipe, aliado às práticas intersetoriais, favorece a integralidade de atenção à saúde em sua dimensão ampliada, imprescindíveis ao desenvolvimento de um serviço de qualidade.

No que diz respeito à importância do trabalho em equipe, um dos profissionais do PSF Maria Tercília Nogueira salienta que “assim como em todos os outros serviços na equipe do PSF não é diferente, é altamente qualitativo para a comunidade e para o serviço, visando aprimorar o seu andamento positivo, eficaz para a comunidade”.

O trabalho em equipe é um instrumento de intervenção fundamental para que as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos sejam desenvolvidas. O trabalho da ESF deve ser realizado através de uma equipe multiprofissional que promova a integralidade das ações de saúde e contribua para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades de saúde da população (MATOS, 2001 apud PEREIRA, 2011).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional não pode ser entendida como um grupo de profissionais atuando no mesmo serviço, mas como um grupo de profissionais sabedores da sua missão de saúde, compreendendo sua tarefa e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma democrática e participativa. A ação multiprofissional implica a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2006).

São diversos os desafios para a promoção da saúde junto à população quando levamos em conta que os fatores que as colocam em risco originam-se nos diferentes níveis de seu contexto de vida, incluindo desde o sistema familiar até o sistema social, cultural, político e econômico. O conhecimento do funcionamento da família, de suas características, do contexto social, cultural e econômico no qual está inserida é de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde (MELLO et al., 2005).

Nesse sentido, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, mediante abordagem integral dos indivíduos/famílias, facilitada pela

soma de olhares dos diferentes profissionais que compõem as equipes multiprofissionais.

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário o trabalho intersetorial, de maneira que as unidades básicas se organizem em redes de serviços de saúde articuladas com os demais níveis do sistema local de saúde, bem como com os outros setores, por exemplo: educação, assistência social, dentre outros, com garantias de referência e contra-referência, baseadas nas necessidades e demandas da população.

Nesse sentido, é essencial articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, além do estabelecimento destes serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, bem como equipar e expandir os serviços de urgência e emergência e de referência (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

De acordo Uchôa et al. (2012), os esforços intersetoriais e multiprofissionais facilitam o alcance das metas da reabilitação e ajudam os profissionais na superação das dificuldades vivenciadas. No entanto, no estudo realizado por Silveira; Sena; Oliveira (2011), foi observado que, apesar dos esforços para o desenvolvimento do trabalho em equipe e em rede, em muitas das vezes ele se encontra restrito a reuniões semanais, com o simples propósito de discutir os casos mais complicados. Foi identificada também dificuldade em conciliar as atividades da agenda programada com os da demanda espontânea. Mesmo sabendo-se da importância de se trabalhar em equipe, a fragmentação das tarefas no processo de trabalho ainda dominava.

Outro fator que dificultou o trabalho em equipe foi relacionado à educação permanente, uma vez que ela é direcionada prioritariamente aos profissionais de nível superior. Identificaram-se também dificuldades em desenvolver a intersetorialidade, devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais, número insuficiente de pessoal e o excesso de demanda (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

De forma mais pessoal, mas considerando o seu ambiente de trabalho, como você percebe a aceitação do profissional do Serviço Social junto às equipes do PSF, já que a promoção de saúde passa pela educação,

pelo social bem assistido, entre outras questões? Há algum debate em seu ambiente de trabalho sobre a formação desta equipe?

Sabemos que sempre haverá um desafio na inserção do profissional em Serviço Social junto a equipes do PSF, não porque se trata de profissionais com menor relevância, até porque no atual estágio da sociedade os diversos problemas sociais advindos das negações das políticas públicas, a precariedade dos serviços de saúde, entre outras razões, é intrinsecamente ligada ao social.

É fato que grande parte do secretariado de saúde, ao assumir seu posto, sempre traz consigo uma carga muito pesada da hierarquia do sistema de saúde, que foi de sempre associar que os médicos sempre serão a pedra fundante de todo o sistema, então não podemos romper inicialmente com paradigmas tão fortes, o que devemos fortalecer nesse cenário é que há uma equipe bem diversificada nas diversas áreas e problemas de saúde que promovem a saúde de forma coletiva e multidisciplinar.

Reflete-se sobre isso porque ainda temos muito que avançar na compreensão dessa questão do serviço social na saúde, pois quando parte das referidas lacunas for compreendida pelos gestores e demais equipes teremos possibilidade de fortalecimento e garantia da inserção desses profissionais em seu quadro de funcionários, mesmo que tenhamos alguns avanços, como mostra Ravagnani (2010).

Numa referência ao fato de o Serviço Social na saúde ter se transformado no principal campo de absorção profissional, tem-se o “novo” conceito de saúde como bem-estar físico, mental e social, o qual, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, passa a enfatizar aspectos biopsicossociais e tem como um dos desdobramentos a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Ocorre a introdução de conteúdos preventivistas e educativos, diante da inviabilidade de se universalizar a atenção médica e social, solução racionalizadora.

Nesse sentido, a referida pesquisa traz presente a impotência desta inserção, baseada nos diversos entraves de ordem institucional e de governança política. Acrescenta-se também como se dá sua aceitação profissional por entender que há corresponsabilidade nas questões sociais, como também o fortalecimento e a funcionalidade das políticas públicas. Nessa

perspectiva, ainda se reflete sobre a atuação do assistente social nas equipes do PSF com base na realização das técnicas de intervenção social que somatizam com o reconhecimento dos problemas sociais enfrentado pela maioria dos usuários, os quais são de suma importância nos enfrentamentos às burocracias dos tratamentos aos acessos às políticas, como também as terapias e realização dos aconselhamentos como forma de refletir sobre os efeitos das relações sociais em seu cotidiano.

Temos que refletir que o assistente social, ao ser inserido na área da saúde, há que considerar que ocorreram diversas mudanças nas relações estruturais entre o Estado e a sociedade, mesmo que norteadas por um projeto neoliberal demandada por poderes de ordem internacional, todas as ações do serviço social vão de encontro aos impactos que esses processos históricos influenciaram e contribuem até nossos dias nas questões econômicas e políticas.

Quando nos referimos à aceitação dos profissionais e desafios de sua inserção, sempre nos referimos a uma construção à luz do projeto ético-político da nossa profissão, que vem como os enfrentamentos e mudanças de concepção e comportamento junto ao serviço social. Esta atuação se caracteriza:

[..] por uma perspectiva de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a busca por novos valores, vinculados a um projeto de sociedade comprometido com a democracia, a liberdade e a justiça social. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com empregadores e usuários (MATOS, 2003, p. 96).

Faz-se necessário refletir sobre o alerta de Paulo Netto (2005), quando analisa que essa realidade trata de uma concepção que privilegia as ações diretas com os usuários dos serviços, ou seja, a denominada execução terminal da política social, considerando estas as ações atribuídas aos assistentes sociais. Nesse cenário, ainda temos que enfrentar as diversas situações referentes às condições de vida dos usuários, submetidos à violência, desestruturação familiar de várias ordens, o desemprego e subemprego, etc.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da referida pesquisa, foi possível perceber a relevância e a necessidade da inserção do assistente social junto às equipes de saúde da família, como parte da proposta de atuação na atenção primária da saúde pública. Percebeu-se que o assistente social pode contribuir com os demais profissionais de outras categorias nestas equipes, somando nas práticas e ações conjuntas, ampliando saberes e melhorando e ajudando a salvar vidas.

Vimos que devemos ampliar os horizontes que norteiam a concepção de saúde, construindo um caráter mais amplo e afirmativo para as práticas de intersetorialidade e interdisciplinaridade como princípio de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

Entendeu-se que é de fundamental importância o fortalecimento de uma saúde e uma assistência capaz de ofertar à sociedade como um todo um desenvolvimento para enfrentar as diversas forças produtivas e capitalistas que hegemonizam as políticas públicas, seja no âmbito da saúde, educação, assistência, segurança, saneamento ou de tantas outras esferas.

Nesse sentido, a intervenção do profissional em serviço social por meio das políticas públicas pode contribuir bastante no desenvolvimento de ações a serviço da população, considerando as dimensões da vida em comunidade, da saúde em todos os seus níveis como condição existencial e, acima de tudo, de direito a uma vida digna e livre de todas as opressões, pois se considera que não se pode permitir que nenhuma política pública venha a construir relações de exclusão e acessos diferenciados e desconsiderando as questões sociais e contextos históricos em que nascem as políticas públicas.

Diante de todas as prerrogativas legais amparando a inserção dos assistentes sociais nas Equipes Saúde da Família, temos que fortalecer essas iniciativas junto aos governos municipais, o que se torna algo contraditório, pois a necessidade do referido profissional não tem que atender apenas a um anseio municipal ou à sensibilização de suas gestões, pois a assistência social contempla os pilares da seguridade social e isso deve ser cumprido, porém vivemos um contexto de negações e precariedades nos serviços ofertados em nível nacional.

É fato que todos os processos sociais, inclusive a política de seguridade social, resultam dos diversos acontecimentos e lutas para que ela se efetivasse e cumprisse os “mínimos” requisitos de uma política pública, a qual passa a caminhar com suas próprias pernas e garantindo seus investimentos, dotações orçamentárias e, acima de tudo, buscando superar essa concepção equivocada de ajuda ou atenção de forma pontual/emergencial.

Valem salientar que os processos envolvendo o assistente social nas Equipes de Saúde da Família envolvem questões subjetivas, além de práticas e metodológicas, de forma que os profissionais contribuiriam muito para que a população se envolvesse a ponto de se reconhecer como conjunto de usuários e sujeitos da construção da política de saúde e assistência social.

No contexto atual da saúde e da assistência social, é necessário refletir sobre as equipes multidisciplinares, na medida em que os diversos programas exigem uma integração estratégica da saúde e assistência social como parte constitutiva da funcionalidade da política, considerando os determinantes sociais dos processos de saúde-doença.

Nessa perspectiva, situamos que um dos lugares de grande importância do profissional em serviço social se reflete nas suas relações estabelecidas nas suas ações e vivências junto às populações usuárias, contribuindo em sua organização e acesso aos direitos sociais e na defesa incansável da melhoria das políticas públicas de qualidade para a classe trabalhadora, com foco na assistência social.

Diante do exposto, conclui-se que a atuação dos assistentes sociais no Programa Saúde da Família é imprescindível porque o olhar do referido profissional leva em consideração, sobretudo, os processos históricos e o contexto social, cultural e econômico no qual as diversas populações estão inseridas (negras, femininas, pobres, indígenas, quilombolas e demais segmentos), para serem reconhecidos como público a ser assistido com as mesmas condições e direitos, e nesse processo as ações de intersetorialidade e interdisciplinaridade exerceram papel fundamental.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BATINI, O. **Assistência social**: constitucionalização, representação, práticas. São Paulo: Veras, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB-SUS-96. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO, M. I. S. et al. (org.). **Saúde e Serviço Social**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, M. I. S. B. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: EdUFRJ, 1996.

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

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. IN: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 304-351.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade. ABRASCO. CEBES. ABRES. REDE UNIDA. AMPASA. Rio de Janeiro. Julho, 2006.

GONÇALVES, A. B.; KERNKAMP, C. L. **Processos de trabalho e Serviço Social**. São Paulo. Pearson, 2013.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 74, p. 85-117, 2003.

MEDINA, M. G. et al. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, 2000.

MELLO, F. D. et al. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 78-88, 2005.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2005.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidade de equipes**. 80f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A saúde na formação profissional em Serviço Social**. 80f. Dissertação de Mestrado (Faculdade de História, Direito e Serviço Social) – São Paulo: UNESP, 2010.

SIKORSKI, Daniela; BOGADO, Franciele Toscan. **Oficina de formação: instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo. Pearson, 2009.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. **O processo de trabalho dasequipes de saúde da família: implicação para a promoção da saúde**. Rev. Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v.15, n. 2, p. 196-201, 2011.

SOUSA, M. F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 07-14, 2000.

SCHERER, M. D. A. **A Interdisciplinaridade na Estratégia de saúde da Família**. (Projeto de Doutorado), 2002.

UCHOA, A. C.; VIEIRA, R. M. V.; ROCHA, P. M.; ROCHA, N. S. D.; MAROTO, R. M. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

VASCONCELOS; Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

Endereços eletrônicos pesquisados:

A reflexão fortaleza essa conquista. **Pensesus**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB-SUS-96. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>.

Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. Acessado em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

Comissão aprova presença de assistentes sociais no Programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/arquivos-noticias-2015/comissao-aprova-presenca-de-assistentes-sociais-no-programa-saude-da-familia>> Acesso em: 11 abr. 2018.

MARTINI, Débora. A atuação do assistente social na saúde: uma reflexão sobre o núcleo de apoio à saúde da família do município de Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180371/101_00141.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 abr. 2018.

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. CARVALHO, Rafael Nicolau; ALVES, Carmen Silva; ARAÚJO, Roberta Cristina Xavier Silva. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/9a87e13879691cab6133%20Rafae_l%20Nicolau_%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

Saúde mais 10 – **Luta por mais recursos para o SUS**. Disponível em: <www.dssbr.org/site/entrevista/saude-mais-10>. Acesso em: 08 mar. 2018.