

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

**PATRÍCIA APARECIDA ZUZA MORAES**

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NAS UNIDADES DE  
ATENDIMENTO INTEGRADO DE UBERLÂNDIA (MG)**

**UBERLÂNDIA**

**2019**

**PATRÍCIA APARECIDA ZUZA MORAES**

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NAS UNIDADES DE  
ATENDIMENTO INTEGRADO DE UBERLÂNDIA (MG)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Saúde do Trabalhador.

**Orientadora:** Prof. Dra. Marlene Teresinha de Munhoz Colesanti

**UBERLÂNDIA**

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema  
de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

- M827s Moraes, Patrícia Aparecida Zuza, 1971  
2019 O serviço social no atendimento aos usuários nas unidades de  
atendimento integrado de Uberlândia (MG) [recurso eletrônico] / Patrícia  
Aparecida Zuza Moraes. - 2019.  
  
Orientadora: Marlene Teresinha de Munhoz Colesanti.  
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.3310>  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.  
  
1. Geografia. I. Colesanti, Marlene Teresinha de Munhoz, 1948,  
(Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-  
Graduação em Geografia. III. Título.

---

CDU: 910.1:61

---

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

## **PATRÍCIA APARECIDA ZUZA MORAES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Saúde do Trabalhador.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Resultado \_\_\_\_\_

---

Profa. Dra. Marlene Teresinha de Munhoz Colesanti - Orientadora  
Instituto de Geografia - Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dra. Elisângela de Azevedo Silva Rodrigues – Membro  
Instituto de Geografia - Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dra. Maria Maura de Moraes – Membro Externo  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me conceder força para não desistir, coragem e sabedoria na escolha dos melhores caminhos e por ter conseguido chegar até aqui. Agradeço a Ele também, pelas pessoas que cruzaram o meu caminho, as quais cito aqui:

À minha orientadora Marlene Teresinha de Muno Colesanti, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, pelo comprometimento, paciência, por todos os ensinamentos, orientação, empenho e dedicação na forma como conduziu este trabalho e pela contribuição desta conquista.

À minha família, pelo apoio, por compreender as minhas ausências e por torcerem por mim, ajudando na superação dos obstáculos que ao longo dessa caminhada foram surgindo.

Aos Profissionais do Serviço Social das Unidades de Atendimento Integrado do Município de Uberlândia, muito obrigada pelo apoio, contribuição e por estarem sempre disponíveis a colaborar.

Aos professores pelos conhecimentos transmitidos, que foram tão importantes para o desenvolvimento do trabalho.

Agradeço em especial às minhas amigas Maria Aparecida Carlos e Ligia Pedrosa, pela disponibilidade da ajuda, incentivo e orientações ao longo da minha trajetória.

Aos colegas de mestrado, pelo apoio, amizade, pelos encontros e por tantos momentos importantes, que com certeza, tornaram a minha vida mais alegre.

À banca examinadora que aceitaram o convite de compor a mesma, pelas avaliações e sugestões que serão de grande importância para o enriquecimento desta pesquisa.

## **RESUMO**

As políticas de saúde historicamente se constituem como um vultoso espaço de atuação do assistente social, e desde a implementação do Sistema Único de Saúde, essas políticas têm ampliado consideravelmente um campo de atuação para o Serviço Social através do aumento na demanda de serviços e benefícios assistenciais. O estudo que deu origem a essa dissertação teve como objetivo principal demonstrar as implicações dos processos de trabalho no cotidiano dos assistentes sociais inseridos nas Unidades de Atendimento Integrado no município de Uberlândia (MG). Trata-se de uma pesquisa com metodologia mista. Para a coleta de dados qualitativos foram utilizados uma entrevista individual semiestruturada e para os dados quantitativos foram extraídos os procedimentos de atendimento do assistente social lançados no Sistema de Gestão em Saúde FastMedic entre 2016 e 2017. Fizeram parte deste estudo 8 profissionais de Serviço Social, selecionados através de sorteio. Foi possível observar uma predominância de mulheres, casadas, com tempo de trabalho entre 1 e 10 anos e vínculo celetista. As entrevistas possibilitaram a formação de três núcleos de sentido: 1) Ações do assistente social, 2) Fatores limitantes da atuação do assistente social, e 3) Fontes de adoecimento no trabalho realizado pelo assistente social. O estudo concluiu que o assistente social tem avançado no seu papel de garantidor dos direitos dos usuários da saúde e na integração das equipes multidisciplinares. Além disso, foi notório que o processo de trabalho nas Unidades de Atendimento Integrado também é promotor de sofrimento, uma vez que insere o profissional em ambientes de trabalho incapazes de garantir as condições para o desenvolvimento adequado de sua atuação.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde. Assistente Social. Saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

Health policies have historically been constituted in field of social assistance. Since its implementation in the Unified Health System, public policies to support social work are supported by the increase in the demand for services and benefits. The main objective was the involvement of the work processes in the daily routine of social workers in the Integrated Care Units, Uberlândia (MG). The design of this study was a mixed methodology. For qualitative data collection, semi-structured individual interviews were used, and for quantitative data were extracted from the social worker procedures in the FastMedic Health Management System, between 2016 and 2017. Eight Social Service professionals selected through a random. It was developed a predominance of married women, with work time between 1 and 10 years and the contract holder. Trips enable a three-way sense to be formed: 1) Social worker actions, 2) Limiting factors of social activity, and 3) Free work sources performed by the social worker. The study concluded that social worker has advanced in its role of guarantor of rights of health users and the integration of multidisciplinary teams. In addition, the work in the Integrated Care Units as a promoter of suffer regarding work environments.

**Keywords:** Health services. Social workers. Occupational Health.

## **LISTA DE ABREVIAÇÕES**

- AS      Assistente Social  
CAPs    Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CFESS   Conselho Federal de Serviço Social  
IAPs    Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBGE    Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS     Organização Mundial de Saúde  
SMS     Secretaria Municipal de Saúde  
SUS     Sistema Único de Saúde  
UAIs    Unidades de Atendimento Integrado

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às condições sociodemográficas e do Trabalho - Uberlândia/MG, 2019 .....	22
<b>Tabela 2:</b> Volume de procedimentos realizados pelo Assistente Social nos anos de 2016 e 2017 nas UAI - Uberlândia/MG, 2019.....	24
<b>Quadro 1:</b> Temas, categorias e trechos representativos formados a partir da Análise de Conteúdo Temático. Uberlândia, 2019.....	26

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
1. INTRODUÇÃO .....	2
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	6
2.1 Histórico do Serviço Social no Brasil.....	6
2.2 Constituição Federal de 1988 .....	7
2.3 Políticas de Saúde no Brasil .....	9
2.4 A atuação do Assistente Social na Política de Saúde no Brasil .....	11
2.5 O trabalho e a saúde do trabalhador.....	14
3. METODOLOGIA .....	17
3.1 Tipo de pesquisa.....	17
3.2 Contexto da pesquisa .....	18
3.3 Participantes da pesquisa .....	18
3.4 Critérios para seleção da amostra .....	18
3.5 Coleta de dados .....	19
3.6 Análise dos dados.....	19
3.7 Aspectos Éticos .....	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4.1 Caracterização Socioeconômica e do trabalho .....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS .....	42

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi elaborada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU) com o título “*O Serviço Social no Atendimento aos Usuários nas Unidades de Atendimento Integrado de Uberlândia (MG)*”. O objetivo do estudo desenvolvido no mestrado foi compreender o processo de trabalho cotidiano dos assistentes sociais no âmbito das Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia (MG).

O presente trabalho está estruturado em cinco seções. A primeira seção é destinada a introdução com os conceitos-chave da pesquisa. A segunda seção apresenta o referencial teórico, discutindo aspectos referentes à Saúde Pública, ao Serviço Social no Brasil e à Saúde do Trabalhador. Na terceira seção descrevem-se a metodologia, as técnicas utilizadas para obtenção e análise dos dados. A quarta seção apresenta conjuntamente os resultados e a discussão desta pesquisa. A quinta e a última seção apresentam as conclusões da pesquisa e as recomendações para reorganização do trabalho dos assistentes sociais das UAs que certamente trará impacto na qualidade de atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na valorização desses profissionais.

A partir da análise do material foi permitido criar os seguintes eixos temáticos de discussão: 1) Ações do assistente social nas Unidades de Atendimento Integrado, 2) Fatores limitantes da atuação do assistente social nas Unidades de Atendimento Integrado, e 3) Fontes de adoecimento no trabalho realizado pelo assistente social nas Unidades de Atendimento Integrado.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser direito universal dos brasileiros após a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujos elementos centrais foram amplamente discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde. Naquele contexto propôs-se uma política nacional saúde universal, descentralizada, ampla e que contemplasse a participação social (BRASIL, 1988). A organização dessa política foi conduzida a partir de 1990, quando foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, apresentando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência à saúde e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 2000).

A busca pela organização e reestruturação da rede de serviços de saúde exige a contratação de muitos trabalhadores por parte dos municípios. Isto posto, o setor de saúde se torna um importante universo do mundo do trabalho no campo da saúde pública e na economia brasileira. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o trabalho em saúde representa 4,3% da população ocupada no país, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e, em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho (2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos) (IBGE, 2009).

Neste cenário, o Serviço Social brasileiro tem uma participação ativa e efetiva na defesa do direito social à saúde e do SUS como política pública do Estado, universal e integral. De acordo com Bravo (2006), a atuação do assistente social na saúde vem contribuindo na organização de serviços, planejamento, execução e avaliação de programas e políticas e no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente.

Contudo, o início do Serviço Social no Brasil foi pautado por um posicionamento moralizador perante as questões sociais, caracterizando-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho (ALVES, 2010). Para esse mesmo autor na atualidade, o assistente social se consolida como um profissional comprometido com as políticas sociais, tendo como principal objetivo responder às demandas dos usuários e garantir o acesso aos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 e na legislação

complementar. A existência de serviços sociais voltados para o atendimento das necessidades da população expressa as lutas dos trabalhadores por reconhecimento do profissional. Este desejo por reconhecimento impacta diretamente no trabalho do assistente social na área da prestação de serviços governamentais (IAMAMOTO, 2002).

A participação do assistente social no processo de construção e desenvolvimento do SUS, na busca do fortalecimento e na concepção da universalização do acesso às políticas sociais e aos programas é um grande desafio. Para tanto, o Serviço Social vem elaborando conhecimentos e caminhos no enfrentamento das dificuldades no dia a dia motivando a expansão do trabalho na área da saúde pública.

Além disso, uma das grandes provocações para o profissional de Serviço Social é o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade, construir propostas criativas e efetivar direitos às demandas emergentes do cotidiano da comunidade. No sentido de contribuir com a consolidação do direito à saúde, o Serviço Social passa a ser mediador da prática social. O exercício da profissão envolve a competência para propor e negociar as relações entre o Estado e a sociedade. (IAMAMOTO 2002)

Os resultados das atuações do assistente social interferem na reprodução da força de trabalho, na dimensão social, material, política e cultural, buscando reconstruir as relações sociais mediante as ações que desenvolve. Para Iamamoto (2004), o Serviço Social é uma profissão com ações comprometidas com os interesses da população em variados segmentos, fomentando a busca de menores desigualdades sociais e democrática.

Na análise da relação Saúde Pública e Serviço Social, parte-se da premissa de que a saúde se constitui em uma estratégica área de inserção e atuação do assistente social. De acordo com a Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde os profissionais de saúde são reconhecidos na área de atuação multidisciplinar e multiprofissional como assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os

nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1997).

No entanto, na maioria das vezes, as ações de saúde mesmo com avanços significativos pós Constituição de 1988 e de acordo com estudos científicos sobre o assunto, apontam empecilhos na realização dos princípios da legislação da saúde, o que acaba por desqualificar as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por este modelo assistencial. (BRAVO, 2004).

É fundamental que se garanta a qualidade dos serviços de saúde prestados à população, sempre considerando como princípio o nível de saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores inseridos nesse contexto. Tendo em vista que o trabalho é fundamental para a vida humana e instrumento de construção de si próprio, de identidade dentro do meio social que está inserido, este também pode promover saúde e adoecimento. Para Lacaz (2007), a análise do processo de trabalho e sua organização é importante na identificação dos tipos de alterações necessárias para a melhoria das condições de trabalho e para a prevenção dos riscos e agravos à saúde do trabalhador.

O trabalho do assistente social é repleto de reconhecimento, satisfação, gratificação e resolutividade que proporcionam ao profissional o prazer no trabalho. No entanto, diversas situações são causadoras de inquietações como as fragilidades existentes nos serviços de saúde, a falta de conhecimento e reconhecimento das suas funções, as dificuldades de trabalhar de forma integrada com outros membros da equipe dentre outros fatores, o que permite possíveis reflexos à saúde desses trabalhadores.

Nesta perspectiva posta, o presente estudo teve como objetivo compreender as implicações do processo de trabalho no cotidiano dos assistentes sociais no desenvolvimento de suas ações no âmbito das Unidades de Atendimento Integrado (UAIs). Além desse objetivo central, foram traçados como objetivos específicos: a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos assistentes sociais; b) Identificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho no cotidiano dos assistentes sociais; c) Descrever a organização do processo de trabalho sob a

perspectiva dos assistentes sociais; d) Demonstrar os dados dos procedimentos realizados pelos profissionais do Serviço Social nos anos de 2016 e 2017.

A relevância deste estudo se faz na medida em que se conhecendo e evidenciando as implicações dos fatores limitantes, das ações desenvolvidas e as fontes de adoecimento, estes poderão subsidiar a elaboração de estratégias de promoção e prevenção da saúde por parte desses profissionais.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Histórico do Serviço Social no Brasil

No Brasil o Serviço Social surgiu na década de 1930, ligado à Igreja Católica que mantinha sob controle os processos de amparo e benefícios aos menos necessitados. Importante ressaltar que tal instituição era apadrinhada pela burguesia vigente. Tratava-se de um período turbulento onde as elites não estavam conseguindo controlar as manifestações da classe operária que reivindicava a por justiça social e melhores condições de trabalho. Como evidenciado por Vasconcelos (2001), o século XIX foi instrumento da burguesia na busca de atender somente seus próprios interesses, alienando e subjugando as classes mais baixas.

Para Dias (2010), preocupada com essa situação, a Igreja passou a oferecer formação específica com intuito de exercer ações sociais. Desta forma, com suas raízes no assistencialismo cristão, a atuação e formação profissional do Assistente Social no Brasil assumiu saberes e conhecimentos que fortaleceram o compromisso com a construção da cidadania, a defesa de políticas públicas e a parceria com os fundamentos da ética do assistente social. As características da Assistência Social são de cunho humanista e comprometida com valores que significam e respeitam as pessoas e suas diferenças e potencialidades, sem discriminações.

Para Silva, Silva e Souza Junior (2016), o Serviço Social teve seu surgimento e institucionalização em território nacional nas décadas de 1930 e 1940. Foi o resultado desses dois processos que, relacionados criaram condições históricas e sociais necessárias para que a profissão se constituísse dando início ao seu percurso histórico no cenário brasileiro. O serviço social peregrinou através dos anos na busca por sua especificidade e área de atuação.

O Serviço Social brasileiro recebeu, ainda, uma grande influência norte-americana e da corrente positivista realizando um trabalho socioeducativo e qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas públicas e privadas. O trabalho objetiva responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Carta Magna de 1988 (BOSCHETTI, 2004).

Seguindo essas duas vertentes (o cristianismo e o modelo norte-americano), o Serviço Social rompeu com o que se praticava anteriormente e passou a atuar no benefício efetivo da população necessitada e começou a apresentar polêmicas por suas propostas interventivas, buscando uma elaboração teórica mais consistente. Para Vasconcelos (2001), o Serviço Social reapareceu modificado quando no sistema de Estado e de grandes instituições assistenciais, reafirmando suas características fundamentais que o fez surgir sem deixar de manter sua ação educativa e doutrinária.

Na atualidade, a atuação e formação profissional complementam-se na busca de saberes e conhecimentos que fortalecem o compromisso com a construção da cidadania, a defesa de políticas públicas e a parceria com os fundamentos da ética do assistente social. Segundo Pereira (2012), tal tendência conservadora é aquela que recupera os elementos tradicionais da profissão, retomando a vinculação com a doutrina social e a ênfase em uma intervenção mais profissional centrada no indivíduo e na ação por meio do auxílio psicossocial.

O Serviço Social é, então, uma profissão cuja identidade é marcadamente histórica, fundamentada na realidade social como sua matéria-prima. Ao pensarmos nas especificidades em Serviço Social e em seu profissional atuando no campo da Saúde, podemos entender que sua formação permite uma visão ampla da realidade social e da instituição onde está inserida (MARTINELLI, 2004).

## 2.2 Constituição Federal de 1988

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é a sétima Lei Maior do país e a sexta do período republicano. Foi através da Constituição que se consolidou a transição de um regime autoritário, ou seja, a Ditadura Militar de (1964 - 1985) para um democrático (1985 - atualidade). A Constituição Federal de 1988 constituiu um grande marco no direito brasileiro ao prever o chamado “Sistema da Seguridade Social<sup>1</sup>”, incluindo-se nesse conceito tanto a previdência como a assistência social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

---

<sup>1</sup> Ao mencionar “Seguridade Social”, a Constituição Federal de 1988 está se referindo à previdência, à assistência social e também às áreas da saúde.

Essa constituição veio, então, como uma alternativa plausível para tentar estabilizar os direitos dos cidadãos (BERNADINO et al. 2005). A constituição tem por base, desta forma, a abolição de inviolabilidade dos direitos humanos aos quais cada indivíduo passa a ter seus direitos garantidos perante a sociedade. Para tanto teve a colaboração popular para a sua construção, as quais tiveram como propósito assegurar seus direitos.

A partir da análise jurídica dos direitos do cidadão e da legislação social do Brasil, a Carta Magna, apresentou avanços e retrocessos no campo da política e da seguridade social. Segundo os princípios Constitucionais, os direitos sociais estão estabelecidos pelo artigo 6º.

“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (BRASIL, 2009).

Os Direitos Sociais são conquistas dos movimentos sociais ao longo dos séculos. Nota-se, que estes são frutos da própria necessidade da sociedade em busca dos seus direitos e da sua própria essência.

Moraes (2002), define os “Direitos Sociais como direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo artigo 1º, IV, da Constituição Federal”. Sob a ótica da realização dos ditames e diretrizes fundamentais da Constituição Federal de 1988, vivemos ainda um ambiente em que existe déficit de efetividade de uma série de direitos, não sendo o direito fundamental à saúde uma exceção.

Outro ponto importante para esse trabalho, no contexto da Constituição de 1988, é a Seguridade Social, que compreende um conjunto de políticas sociais integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde como direito de todos, a Previdência e à Assistência Social para as pessoas que dela necessitar.

Pereira (2012), entende por Seguridade Social as ações desenvolvidas pelo Estado para atender às necessidades básicas de saúde, previdência social e

assistência social. Porém, nem sempre as leis no Brasil previam a adoção de medidas assistenciais para proteção de pessoas em situação de necessidade. A Constituição de 1988 foi a primeira das legislações brasileira a mencionar abertamente a assistência social.

A Constituição Federal de 1988 prevê em seus artigos 203 e 204 que a assistência social deve ser ofertada a quem dela necessitar, independente de contribuição (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Contudo, tanto o Legislativo quanto o Executivo foram omissos na organização da Assistência Social em território nacional. Assim, ambos poderes foram alvos diretos em razão da inconstitucionalidade por omissão pelo tempo de cinco anos após a promulgação de nossa Lei Maior em 1988. Em decorrência disso, a lei 8.743/93 foi a primeira a regulamentar a Assistência Social.

### **2.3 Políticas de Saúde no Brasil**

Segundo Freire (2011), no Brasil a política de saúde se constituiu através de um processo histórico iniciado na década de 1930, juntamente com o processo de industrialização e pela forte influência oligárquica<sup>2</sup> no Brasil. Os investimentos na indústria, de acordo com, expandiram as atividades comerciais e aceleraram o crescimento da população urbana. Neste cenário, a assistência médica era ofertada através de ações filantrópicas e práticas liberais e, somente, a partir do início século XX, surgiram iniciativas por parte do operariado, devido às mudanças político-econômicas do período.

Ao discutir a política de saúde, na perspectiva de uma Política Pública, destaca-se a importância da mesma como instrumento que evidencia a intencionalidade, objetivos e estratégias do Estado, por meio do qual se estabelece um compromisso com a população. O cerne da política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (DIAS; SILVA, 2013). A história da construção de uma política de saúde, portanto, envolve uma relação entre o Estado, a sociedade e o mercado e

<sup>2</sup> Na História do Brasil, o termo ‘oligarquia’ é empregado para se fazer menção às primeiras décadas do nosso regime republicano (1894 e 1930), onde os grandes proprietários de terra utilizavam de sua influência política e econômica para determinar os destinos da nação.

expressa as diferentes perspetivas políticas e socioeconómicas por meio das agendas públicas e do papel assumido pelo Estado, pela iniciativa privada e pela sociedade.

Em 1923, com a reforma Carlos Chagas<sup>3</sup>, buscou-se ampliar o atendimento à saúde, adicionando o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como responsabilidade do Estado. Com essa intervenção, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Neste período, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário (VASCONCELOS, 2001).

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945) ocorreram grandes alterações políticas, econômicas e sociais no Brasil. Foi quando o Estado passou a intervir nas questões sociais de maneira mais efetiva. No governo de Getúlio Vargas, reformas foram implantadas inserindo a saúde na agenda do Estado, através da criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública. O Estado remodelou os serviços sanitários do país e substituiu, as CAPs, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), além de se concentrar em zelar pelas condições sanitárias da população (VASCONCELOS, 2001).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada no setor de saúde pública e no setor previdenciário. A saúde pública, se centralizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, o setor previdenciário apenas sobrepujaria a saúde pública a partir de 1966. De acordo com Pereira (2012), as principais alternativas adotadas para a saúde pública foram a Reorganização do Departamento Nacional de Saúde (1941), incorporando diversos serviços de combate às endemias; o controle da formação de técnicos em saúde pública com ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; a criação de serviços de combate às endemias; e a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico.

<sup>3</sup> Carlos Justiniano Ribeiro Chagas (1879-1934) foi um biólogo, médico sanitarista, cientista e bacteriologista brasileiro, que trabalhou como clínico e pesquisador. Atuante na saúde pública do Brasil, iniciou sua carreira no combate à malária.

A partir da Lei Maior de 1988, a política social no Brasil passou por um rearranjo através da Seguridade Social. Em 1990 foi sancionada a Lei nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde (MARTINELLI, 2004).

Atualmente, evidencia-se que a saúde no Estado é a aplicação do princípio da universalização excludente. O Estado tem cada vez menos respondido às demandas. O setor privado abarca cerca de 1/3 da população e, já não existe um sistema único, uma vez que coexiste o setor privado e o setor público, sendo que a qualidade da assistência difere segundo os distintos estratos sociais (BEHRING, 2011).

## **2.4 A atuação do Assistente Social na Política de Saúde no Brasil**

A atuação do assistente social na política de saúde implica no seu comprometimento contraditório com a sociedade capitalista na qual está inserido enquanto força de trabalho e mantenedor das relações sociais que amenizam os conflitos por elas gerados. Entendendo isto, Iamamoto (2011), discorre que neste processo de contradição, o Serviço Social atende tanto aos interesses do capital na criação de condições favoráveis para a reprodução da força de trabalho e ao mesmo tempo e pela mesma atividade atende aos interesses do trabalho, respondendo às necessidades de reprodução da classe trabalhadora.

Na década de 1940, a saúde pública foi a área que mais absorveu profissionais do Serviço Social no Brasil. Para Correia (2005), essa absorção se deu pelo fato de que o conceito em saúde trouxe aspectos biopsicossociais como seus determinantes juntamente com a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa. Para esse autor, o baixo engajamento dos assistentes sociais com o Movimento Sanitário não impediu que propostas emergentes, tanto na política de saúde, quanto na perspectiva de compromisso com o usuário, fossem articuladas com a construção de uma nova política de saúde com foco na participação da população na gestão local.

Costa (1998), reafirma que a área de saúde pode se constituir num importante e estratégico espaço de inserção e atuação do Assistente Social. Isso porque ao

Serviço Social compete intervir junto aos fenômenos socioeconômicos e culturais, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços na proteção, promoção ou recuperação da saúde. Nesse sentido, o Serviço Social vem se desenvolvendo pautado em intervenções necessárias para a promoção e atenção à saúde que se amplia e se consolida diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde.

O Serviço Social vem se desenvolvendo pautado em intervenções necessárias para a promoção e atenção à saúde que se amplia e se consolida diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito desaúde. Aliás, é necessário ressaltar os fatores que determinam e condicionam a saúde da população:

“entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Portanto, as políticas sociais no Brasil demonstram a relação das condições de vida de sua população nos setores econômico, político e social. Reflexão essa que vem de acordo com a concepção de Carvalho e Iamamoto (1982), que analisa o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Importante ressaltar que o papel do assistente social em qualquer área de atuação tem como principal função esclarecer a população quanto aos seus direitos sociais estimulando o acesso a estes e destacando as ações, serviços e outras políticas que constituíram a seguridade social brasileira.

Para Kruger (2010), os processos de municipalização do SUS proporcionaram uma crescente ampliação do mercado de trabalho para as profissões da área da saúde na esfera municipal, entre elas o Serviço Social. Portanto, houve uma significativa contratação de assistentes sociais nos níveis de atenção primária bem como na média e alta complexidade.

Segundo Vasconcelos (2001), as competências que diferenciam os Assistentes Sociais de outras profissões é possuir uma visão das condições de vida

do usuário levando em consideração a discussão do processo de adoecimento e resguardar a família. Na medida em que o paciente se fragiliza devido à doença, algumas vezes agravada por problemas em sua família, ele necessita ser acolhido e ouvido, tendo espaço para expressar suas angústias, esclarecer dúvidas e ser percebido em toda sua amplitude.

A intervenção social visa, então, conhecer os problemas vividos no dia-a-dia do cidadão e de sua família e que possam de alguma forma interferir no tratamento, bem como na sua alta hospitalar. Assim, os atendimentos do Serviço Social estão voltados aos usuários e os seus familiares, nunca esquecendo o compromisso com a igualdade social e humanização no atendimento (SEIDL; ZANNON, 2004).

É indispensável para o compromisso do profissional de Serviço Social proceder na organização de suas tarefas e no empreendimento de seu exercício considerando o aprendizado e suas experiências adquiridos ao longo de sua atuação. De acordo com Martinelli (2004), em seu estudo sobre o trabalho do assistente social em contextos hospitalares e os desafios cotidianos o olhar comprometido do assistente social transcende o ambiente do hospital, rastreando os núcleos de apoio familiar, a comunidade e os espaços sociais como locais de pertencimento onde ocorre o dia a dia de vida das pessoas.

Iamamoto (2002), afirma que pela vulnerabilidade, compreendem-se os aspectos que vão além do individual. Assim, abrange aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. O profissional do Serviço Social, atuando na área oncologia de um hospital, vive numa tensão constante entre as exigências postas pelas diversidades das demandas do dia-a-dia e pela expectativa de resultado sobre suas ações, alicerçadas na sua ética-política.

Neste sentido, o assistente social desenvolve ou propõe políticas públicas que possam responder pelo acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios constituídos, principalmente da área de Seguridade Social. Assim, o Serviço Social se consolida como uma profissão comprometida com as políticas sociais, tendo como principal objetivo responder às demandas dos usuários e garantir o acesso aos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar (ALVES, 2010).

De acordo com Mota (2010), existe um processo crescente de privatização da saúde e da previdência, conjuntamente a uma ampliação dos programas assistenciais que têm como público as camadas mais pobres da população. Nesse cenário, há um redimensionamento da intervenção do Estado na área social diante das mudanças sofridas pelo mundo do trabalho.

Logo, emergem novas demandas de atuação na área da saúde para o Assistente Social e também para os trabalhadores da saúde e novas formas de trabalho, dentre elas os contratos temporários, a terceirização, a falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, a ausência de políticas de qualificação e capacitação profissional, a intensificação do trabalho, a pressão pelo aumento da atividade e de resultados imediatos, os baixos salários a falta de espaços físicos adequados resultam na dinâmica da precarização do trabalho.

## **2.5 O trabalho e a saúde do trabalhador**

Segundo Brasil (1990), a Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina por meio de ações de vigilância sanitária e epidemiológica à promoção da saúde do trabalhador. Na concepção atual de Saúde do Trabalhador, o trabalho é entendido como determinante das condições de saúde, porém sem negar que o adoecimento deve ser cuidado, assim como as ações de prevenção e promoção devem serem privilegiadas.

Para Araújo (2018), a Saúde do Trabalhador configura-se como um campo de estudo em que se busca compreender e analisar a relação saúde e doença como processo social relacionado ao trabalho. Sendo assim, o trabalho está profundamente implicado com a elaboração social do processo saúde-doença.

De acordo com a OMS (2018), em torno de 40% da população no mundo e 60% da população acima de 10 anos de idade faz parte, direta ou indiretamente, da força de trabalho. Este trabalho é o sustentáculo da economia da sociedade, dependente de sua capacidade laboral. Assim, a Saúde do Trabalhador se torna pré-requisito para a produtividade e é fundamental para o desenvolvimento socioeconômico. Ainda, de acordo com a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente são os problemas de saúde ocupacional ligados com as

novas tecnologias de informação e ocorrência de novas doenças ocupacionais de origens diversas. Portanto, o ambiente de trabalho saudável é um bem valioso, nos âmbitos individual e comunitário.

A expansão da área da Saúde do Trabalhador pode caracterizar-se devido a nova ordem do capital sobre o trabalho ou pela inserção, ainda que insuficiente, de políticas públicas resultantes da capacidade de organização de diferentes agentes políticos. Esses aspectos conjugam-se ao crescimento da participação social na defesa, ao controle social de políticas públicas e ao fortalecimento da organização social dos trabalhadores (CARLOTO, 2004).

Para Vieira e Chinelli (2013), o trabalho realmente é uma ferramenta essencial na sociedade, porém em constante mudança. Segundo estes autores, o trabalho passou por várias alterações, conforme a época em que estava inserido. O cenário atual em que se expressam a saúde e o trabalho vem sofrendo transformações que incidem sobre a Saúde do Trabalhador.

De acordo com Dias (2010), a relação entre saúde e trabalho remonta à história social do trabalho ao longo do tempo. Entende-se o trabalho como processo dinâmico que representa, para o trabalhador, sua própria história. O conhecimento e o entendimento das determinações que representam o processo saúde-doença incorporaram a relação entre o capital e o trabalho.

Se o processo de trabalho representa modelo de exploração, a Saúde do Trabalhador representa igualitariamente esta mesma exploração. Todas as condições de trabalho representam uma sobrecarga informacional, devido às exigências de tarefas múltiplas. Para Mendes e Wunsch (2011), essas exigências provocam uma sensação de transbordamento e saturação, onde o urgente transpõe o importante, não conseguir fazer o que se planejou, a não compreensão do porquê e a contínua insatisfação com o trabalho realizado. Essa sobrecarga alterou substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, assim como os determinantes do processo saúde-doença dos mesmos.

Enfim, o trabalho apresenta uma relação ambígua com a saúde. Se por um lado é positivo na construção da identidade, na socialização e no desenvolvimento pessoal; por outro, representa risco de acidentes e outros agravos à saúde. As doenças e os afastamentos representam impactos socioeconômicos grandes para

a sociedade. Dias (1996), propõe que os programas de saúde incluam a proteção, a recuperação e a promoção da saúde do trabalhador de maneira integrada estendidos ao conjunto dos trabalhadores e não somente aqueles que sofrem, adoecem ou são vítimas de acidentes.

É importante reconhecer na Saúde do Trabalhador, os desgastes físicos provocados pelo trabalho. Ao demonstrar as implicações do trabalho sobre a saúde e os constantes embates que delineiam a área de saúde do trabalhador, identificam-se nas relações sociais da sociedade capitalista distintas perspectivas no campo ético, político e econômico. O problema é que o processo saúde-doença tem relação direta com o trabalho e não deve ser reduzido a uma relação de causalidade simplória e unicamente restrita aos riscos físicos, químicos ou biológicos (ALVES, 2010).

Segundo Lacaz (2010), umas das expressões desse processo de mudança possuem características básicas que compreendem o exercício de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial das ações na perspectiva da totalidade, buscando a superação de atitudes improdutivas sobre a questão e a busca da compreensão das relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores.

Seguindo essa lógica, tais questões refletem sobre a atenção à saúde prestada e a possibilidade de mudança dos processos, das condições e dos ambientes de trabalho em direção à humanização do trabalho. A participação de trabalhadores como sujeitos de sua vida e de sua saúde são ações capazes de contribuir com seu conhecimento para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde doença e de intervir politicamente para transformar tal realidade.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com metodologia mista. Na abordagem qualitativa os dados foram coletados através de entrevistas individuais semiestruturadas; e na parte quantitativa os dados foram coletados a partir do Sistema de Gestão em Saúde (Fastmedic) entre 2016 e 2017 correspondentes às UAIs.

Segundo Deslauriers e Kérisit (2008), na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra “é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações”.

Nogueira (2002), entende que na busca da coleta das informações faz-se uso do questionário semiestruturado como uma ferramenta investigatória que objetiva colher informações baseando-se, geralmente, na inquisição de um grupo representativo da população em estudo, para tal, faz-se uso de uma série de questões alusivas ao tema pesquisado.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Aplicada inicialmente em estudos de antropologia e sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. Segundo Goldenberg (1997):

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem

permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

### **3.2 Contexto da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em Uberlândia, segundo município mais populoso do Estado de Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro. Sua estimativa populacional de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística era de 676 613 habitantes em 2017 (IBGE, 2017). O município de Uberlândia possui oito Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) distribuídas nos cinco setores sanitários de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central.

As UAIs são unidades mistas e responsáveis pelo atendimento ambulatorial, pronto atendimento e consultas especializadas. Estão caracterizadas como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da Família e a Rede Hospitalar devendo estas integrar a rede organizada de atenção às urgências e emergências. As UAIs funcionam 7 dias por semana, 24 horas por dia (UBERLÂNDIA, 2018).

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia existem atualmente 174 profissionais do Serviço Social lotados em diversos setores e programas. Deste total, 46 profissionais estão inseridos nas UAIs. Foram incluídos na abordagem qualitativa 8(oito) assistentes sociais, sendo um profissional de cada Unidade de Atendimento Integrado.

### **3.4 Critérios para seleção da amostra**

Os critérios de inclusão para seleção dos participantes foram: 1) ser assistente social inscrito no Conselho Regional de Serviço Social 2) estar lotado em das UAIs do município; e 3) consentir em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Foram excluídos do estudo os assistentes sociais que não atenderam aos critérios anteriormente estabelecidos. Houve o sorteio entre os profissionais em cada unidade. Importante ressaltar que novo sorteio foi realizado para substituição dos profissionais que não quiseram participar da pesquisa.

### **3.5 Coleta de dados**

Para a produção dos dados adotou-se um questionário e uma entrevista semiestruturada individual. Ambos os instrumentos de coleta foram aplicados em local previamente reservado pela pesquisadora dentro das UAIs visando garantir a privacidade das informações e do entrevistado. As entrevistas foram gravadas em áudio, para possibilitar as transcrições das mesmas e, posteriormente, a análise do material sem qualquer prejuízo (Anexos 1 e 2),

Foi realizado levantamento de dados quantitativos extraídos do FastMedic (ferramenta utilizada para o registro dos atendimentos na SMS) referentes aos procedimentos dos assistentes sociais nos anos 2016 e 2017.

### **3.6 Análise dos dados**

O material obtido foi submetido à análise de conteúdo temático de acordo com Bardin (1979), operacionalizada em 3 etapas: 1) transcrição das entrevistas em sua totalidade, 2) exploração do material, e 3) tratamento e interpretação dos resultados. Para esta última fase foi realizada a categorização, que é composta pela classificação dos elementos de acordo com as semelhanças e por diferenciação e posteriormente reagrupados conforme características comuns. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva com o auxílio do Software Office Excel®.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, sob CAEE 86413218.0.0000.5152.

Durante a transcrição das entrevistas, a pesquisadora procedeu a substituição dos nomes e referências institucionais por codinomes ou nomes genéricos para dificultar a identificação dos participantes, visto que não será possível vincular as entrevistas às Unidades de origem dos participantes. Além disso, os áudios foram excluídos após o tratamento dos dados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização Socioeconômica e do Trabalho

Nessa investigação procurou-se compreender o trabalho do AS inserido nas UAs que compõem a rede SUS do município (Tabela 1). Foram elencados alguns indicadores, como: sexo, idade, estado, civil e situação funcional (tempo de formação e tempo de trabalho, vínculo e número de vínculos empregatícios) para a caracterização do grupo investigado.

Participaram do estudo oito assistentes sociais, todas do sexo feminino, com idade entre 18 e 61 anos, sendo que 62,5% são solteiras e 75% possuem especialização. Dos participantes da pesquisa 62,5% relataram tempo de trabalho entre 6 e 10 anos. Verificou-se que todas as entrevistadas possuíam somente um vínculo trabalhista (CLT).

Em relação ao sexo, a porcentagem de mulheres no Serviço Social expressa uma característica histórica na trajetória da profissão até os dias atuais, em que as mulheres aparecem como expressiva maioria na composição da categoria. Estudos desenvolvidos com AS em outros municípios brasileiros apresentaram resultados semelhantes a este (CFESS, 2005; GUIRALDELLI, 2014; CRAVEIRO, MACHADO, 2011; PRADA, GARCIA, 2017). É importante ressaltar que estas pesquisas foram realizadas em diferentes épocas, não havendo uma mudança expressiva neste aspecto.

Iamamoto (1998), assinala que com a predominância do perfil feminino, o AS absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho.

A partir da reflexão de Dejours (2004), a predominância feminina propicia uma atenção quando destaca que o trabalho feminino apresenta um caráter paradoxal, por um lado faz a mediação das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, mas por outro é um instrumento de reapropriação dos direitos das mulheres, o que representa um meio de conquista de novas normas de vida e, consequentemente, de saúde.

**Tabela 1:** Distribuição dos profissionais entrevistados quanto às condições sociodemográficas e do Trabalho - Uberlândia/MG, 2019.

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	8	100,0
Masculino	0	00,0
<b>Idade</b>		
18 a 29	1	12,5
30 a 39	2	25,0
40 a 49	4	50,0
50 a 59	0	00,0
Mais de 60	1	12,5
<b>Estado Civil</b>		
Casada	3	37,5
Solteira	5	62,5
Outros	0	00,0
<b>Possui especialização</b>		
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
<b>Tempo de formação no Serviço Social</b>		
01 a 05 anos	1	12,5
06 a 10 anos	5	62,5
Mais de 10 anos	2	25,0
<b>Tempo de trabalho na UAI</b>		
Menos de 1 ano	1	12,5
01 a 05 anos	1	12,5
06 a 10 anos	4	50,0
Mais de 10 anos	2	25,0
<b>Vínculo empregatício</b>		
Celetista	8	100,0
Estatutário	0	00,0
<b>Número de vínculos empregatícios</b>		
01	8	100,0
Mais de 01	0	00,0

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

É importante ressaltar que esse processo de feminização é resultante de uma sociedade patriarcal que institui hierarquicamente qual trabalho deve destinar-se a homens ou a mulheres. Por isso, a divisão sexual do trabalho e de todas as habilidades, qualidades e características a ela associadas, como naturalmente pertencentes aos sexos, deve ser analisada como construção histórica com a nítida reprodução da desigualdade de gênero (CISNE, 2012).

A feminização da profissão de AS também é observada entre os demais profissionais da saúde. Este dado corrobora com outros estudos desenvolvidos na área de saúde, onde a força de trabalho adulta é predominantemente feminina desde seu surgimento. (WERMELINGER et al., 2010; MATOS et al., 2013; MATOS et al., 2013).

Em relação ao estado civil, a maioria são solteiras, cujos dados são consistentes com os encontrados em estudo que teve como objetivo conhecer de forma aproximativa o perfil profissional de assistentes sociais de Belo Horizonte (MG) realizado por GUIRALDELLI, et al., (2014).

Com relação à faixa etária, há uma concentração em dois grupos: de 30 a 39 anos, representando 25% dos entrevistados; e de 40 a 49 anos de idade, com 50% do total. A concentração de AS faixas etárias em questão está próxima aos estudos realizados por Martins (2010); CFESS (2005) e Iamamoto (2009). Apenas, o estudo de Prada e Garcia (2017) observou uma predominância de AS mais jovens.

O vínculo empregatício observado é único e celetista. Esta modalidade de contratação dos AS provavelmente está associada às mudanças aplicadas na administração pública do município em questão, que tornam flexíveis as relações de trabalho.

Foram coletados, também, dados quanto aos procedimentos realizados pelas AS nas UAIs, como demonstrado na Tabela 2. Apesar de ser um dado relevante para este estudo, a transição de programas de gerenciamento no município acarretou importantes prejuízos a qualidade dos dados. Assim, foi possível apenas compreender a média e montante de procedimentos realizados, mas não quais procedimentos são realizados, como se esperava no delineamento da pesquisa.

Apenas com base nos dados informados, pode-se observar que a UAI Luizote é a que mais realiza procedimentos do AS em ambos anos estudados. Posteriormente, a UAI Roosevelt que realizava grande parte dos procedimentos no ano de 2016, sofreu uma queda significativa no ano de 2017, deixando de ser uma unidade com destaque na produção de procedimento pelo AS.

**Tabela 2 – Volume de procedimentos realizados pelo Assistente Social nos anos de 2016 e 2017 nas UAs – Uberlândia/MG, 2019.**

<b>Unidade</b>	<b>2016</b>		<b>2017</b>	
	<b>Volume anual (n)</b>	<b>Média mensal</b>	<b>Volume anual (n)</b>	<b>Média mensal</b>
UAI Luizote	17.551	1462,58	15.420	1285,00
UAI Martins	8.665	722,08	10.261	855,08
UAI Morumbi	4.761	396,75	5.240	436,67
UAI Pampulha	10.133	844,42	11.032	919,33
UAI Planalto	12.846	1070,50	14.319	1193,25
UAI Roosevelt	16.599	1383,25	13.428	1119,00
UAI São Jorge	13.150	1095,83	11.592	966,00
UAI Tibery	13.274	1106,17	14.869	1239,08
<b>TOTAL</b>	<b>98.995</b>	<b>8249,58</b>	<b>96.161</b>	<b>8013,42</b>

Fonte: Sistema Saúde/ Fastmedic/Núcleo de Tecnologia da Informação, 2018

#### **4.2 Resultados da Análise Qualitativa**

A Análise de Conteúdo Temático seguiu a enucleação por conteúdo explícito, o que permitiu a evidenciação de três temas, sendo eles: 1) Ações do assistente social nas UAs, 2) Fatores limitantes da atuação do assistente social nas UAs, e 3) Fontes de adoecimento no trabalho realizado pelo assistente social nas UAs. A seguir são apresentadas as sínteses explicativas de cada tema. (Tabela 2).

**Ações do Assistente Social nas UAs:** a atuação do AS nas UAs se revelou como importante espaço de trabalho para a ampliação da compreensão dos determinantes sociais da saúde (condições socioeconômicas, culturais, sociais e ambientais), que requer do profissional a reestruturação de serviços, o planejamento, a execução e o acompanhamento de programas, demandas e políticas na dimensão do conceito atual de saúde. Dessa forma, as ações do profissional do serviço social qualificam o cuidado oferecido aos usuários da saúde pública. No processo de trabalho, o assistente social integra as equipes multidisciplinares, atua de forma intersetorial e

auxilia o usuário no acesso aos seus direitos e serviços relacionados às políticas públicas.

Esse perfil de atuação é coerente ao esperado para o profissional do Serviço Social. Conforme o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, o profissional de Serviço Social apresenta um olhar diferenciado, utilizando uma avaliação ampliada da situação social como intuito de identificar as condições de vida e de trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença (CFESS,2010).

Ademais, o AS oferece um serviço especializado e integrado com a equipe de saúde, a fim de identificar e trabalhar os aspectos sociais das demandas apresentadas. Busca viabilizar os encaminhamentos para a rede de saúde, socioassistencial e jurídica. Desta forma, contribui para o processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde (CFESS, 2010).

Dentre as ações que caracterizam o trabalho do assistente social, pode-se destacar o acolhimento, a escuta, o vínculo e a responsabilização pelo usuário. Compreendendo-se que essas atitudes ou posturas são indispensáveis e constitutivas da concepção de cuidado em saúde. Verifica-se, portanto, que essa perspectiva de trabalho está em consonância não só com a orientação teórica e metodológica do Serviço Social, mas também com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2015).

Para Vale e Pagluica (2011), o cuidado é o zelo, a dedicação, a afeição, o preocupar-se com o outro. Dessa forma, o cuidado requer do profissional que deseja prestá-lo alguns atributos necessários, sendo eles: a ética nas relações humanas, a solidariedade e a confiança. Todo cuidado tem como objetivo intervir no sofrimento humano, contribuindo para a cura, recuperação e promoção da saúde das pessoas numa dimensão individual e coletiva, proporcionando o alívio, o conforto, o bem-estar e a mudança de estilo de vida.

**Quadro1:** Temas, categorias e trechos representativos resultantes da Análise de Conteúdo Temático - Uberlândia/MG, 2019.

Temas	Categorias	Trechos Representativos
<b>Ações do assistente social nas UAs</b>	<b>Garantir o acesso do usuário aos seus direitos</b>	Ser assistente social é poder contribuir com o usuário no acesso aos seus direitos [...] não se trata de caridade, nem de bondade e sim garantia de direito [...]
		O assistente social na saúde contribui facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, disponibilizando informações sobre os recursos sociais existentes
		[...]nós também fazemos nosso papel de assistente social colaborando, falando dos seus direitos ao SUS, deveres e benefícios, divulgação dos serviços ofertados, ações de mobilização e controle social
		Nosso trabalho é muito importante porque nós estamos falando dos seus direitos de cidadania, e por ser um trabalho social importante.
	<b>Ações Intersetoriais</b>	[fazemos o] planejamento familiar, trabalho em grupo, visita domiciliar solicitada através do conselho tutelar, Ministério Público, conselho do idoso, dentre outros temos [...]
		Fazemos parceria com os equipamentos sociais na comunidade afim de articular os recursos na rede externa,
	<b>Ações multidisciplinares</b>	Trabalhamos com grupos com uma equipe multidisciplinar [...]
		[...] [fazemos] acompanhamento em grupo da saúde mental, da saúde do diabetes, [...]somos referência de hanseníase e tuberculose.
		Fazemos acompanhamento de grupos, individual, fazemos encaminhamentos de exames de alta complexidade e outros mais.
	<b>Qualificação do cuidado</b>	então acho que o papel do assistente social na saúde ele é exatamente esse olhar amplificado dessa realidade dessa compreensão que é a saúde desse usuário
		Acolhimento dos pacientes encaminhados [...], priorizando o risco social, orientações e encaminhamentos, fazemos contato com a unidade específica para encaminhar os pacientes para acompanhamento na área de referência [...] realizamos a alta social, esclarecemos junto ao paciente e acompanhante o plano de cuidado após a alta, direcionamos corretamente os encaminhamentos, realizamos abordagem familiar no momento da internação do paciente de forma humanizada e respeitosa ao se dirigir ao acompanhante [...]
		No pronto socorro a gente trabalha diretamente com os familiares dos pacientes internado, no sentido de orientar o fluxo de internação e transferência na rede pública [...], no acolhimento e atua também com o médico que [...] dá a notícia do óbito e o Serviço Social entra no sentido de esclarecer.
<b>Fatores limitantes da atuação do assistente social nas UAs</b>	<b>Fatores Estruturais</b>	A falta de espaço físico adequado que provoca dificuldades para ouvir, falar alto, estresse, dor de cabeça, dificuldade em garantir o sigilo...difícil trabalhar mais de três profissionais na mesma sala.
		Falta de transporte para realizar as visitas domiciliares [...]
	<b>Fatores Organizacionais</b>	É muito triste você deparar com uma paciente que acabou de ser espancada pelo marido. Então você depara muitas vezes por situações que você gostaria de agir diferente, não tem condições de agir.
		Um ponto dificultador é a falta de referência e contra referência o paciente poderia resolver em determinada situação lá na unidade dele só que aí ele passa por uma outra unidade [...] hoje a gente fica num trabalho muito burocrático [...], a gente não tem aquela atuação diretamente com o paciente
		Principalmente por ser uma realidade complexa muito intensa [...], a gente acaba pelo comprometimento com a vida dessas pessoas [mas] a gente não tem todos os aparatos necessários para poder encaminhar e realizar tudo que necessário, a

<b>Fontes de adoecimento no trabalho realizado pelo assistente social nas UAIs</b>	<b>Falta de conhecimento das atividades do AS</b>	<p>gente acaba se frustrando.</p> <p>São muitos problemas sociais que chegam até a gente e muita pressão e cobrança, tudo que acontece na unidade é o assistente social que resolve. Se o paciente não sabe onde é o laboratório 'vai lá na assistente social que ela vai te falar'.</p> <p>O trabalho do assistente social não está pronto e acabado. É uma profissão que não é tão bem reconhecida, [...], tudo aquilo que ninguém quer resolver [...] é do trabalho do serviço social</p> <p>minha maior dificuldade é porque como está estruturado o serviço Social na unidade a gente recebe várias demandas que não são nossas, então assim há uma sobrecarga de um trabalho que não é nosso e que compromete o que realmente promete a nossa atuação</p> <p>[...] nós temos o nosso código de ética, nós temos CEFES, nós temos todos os processos para serem trabalhado, mas infelizmente muitas vezes eles não são respeitados</p>
	<b>Objeto de trabalho</b>	<p>Na área profissional, [...] temos também outras situações complexas, como a violência doméstica, abuso sexual, doença, casos de morte, abandono [que geram sofrimentos]</p> <p>A maior causa do sofrimento é quando tem um óbito aqui dentro da unidade [...] porque esse momento da perda para o familiar é muito difícil, então, assim, quando ocorre os óbitos aqui dentro da unidade, esse seria o maior sofrimento</p>
	<b>Processo de trabalho</b>	<p>Impotência diante de alguns órgãos como conselho tutelar, conselho do idoso, clínicas de recuperação, pessoas vivendo em situações de rua [...] são situações que geram sofrimento e desgastes [...].</p> <p>A situação da saúde pública de modo geral, a falta de recurso pra unidade pra gente poder trabalhar da melhor forma com o paciente [são situações geradoras de sofrimento], a falta de autonomia para exercer a profissão.</p> <p>A partir do momento que a gente não tem toda a estrutura, todos equipamentos, [isso] gera uma certa frustração, de ver que nosso trabalho está sendo limitado e ele não está correspondendo às expectativas e reais necessidades dos usuários.</p>
	<b>Relações trabalhistas</b>	<p>A falta de conhecimento do papel do assistente por parte da equipe, das coordenações, dos colegas de trabalho e a falta de comprometimento [...] eu acho que é isso que adoece gera angústia e aflições.</p> <p>Referindo-se ao trabalho do assistente social nós podemos citar diversos sofrimentos, um deles é a instabilidade no contrato de trabalho, a desvalorização profissional, a precarização o excesso das demandas, baixos salários a competitividade.</p>

Na perspectiva que a gestão do cuidado em saúde deve ser visto como um nível de atenção no SUS, este tem sido foco de esforços na prática do assistente social através de sua comunicação, seu contato e sua relação com o usuário estendendo também para outros profissionais inseridos no campo da saúde.

De acordo com Iamamoto (2001), é fundamental que o AS busque a compreensão da realidade e construa propostas de trabalho que sejam capazes de preservar e efetivar direitos. A partir dessa perspectiva, o processo de trabalho do AS tem como parâmetro a fruição da cidadania. Ou seja, a efetividade e a eficiência do processo de trabalho profissional se realizam pela capacidade de se garantir direitos institucionais ou de se transformar intenções de direitos em direitos efetivos aos usuários dos serviços sociais que o profissional opera (GENTILLI, 1998).

Portanto, o processo saúde-doença pode ser conduzido na busca de uma maior autonomia diante daquilo ou dos fatores que produzem sofrimentos. Tal perspectiva no exercício profissional do AS tem como relevância auxiliar nos processos de fortalecimento, despertando a população para a cidadania dentro de uma prática educativa e também impactar os trabalhadores da saúde, conscientizando-os para que tenham um olhar inovador na sua relação com o trabalho e a própria saúde.

Sendo assim, o Serviço Social configura um trabalho qualificado na sociedade por ser socialmente fundamental. Por outro lado, os AS também participam do processo de produção e/ou de redistribuição da riqueza social. Seu trabalho não resulta apenas em serviços úteis, mas ele tem um efeito na produção ou na redistribuição do valor e da mais-valia (IAMAMOTO, 2012).

Importante ressaltar que o trabalho do AS, na abordagem do paciente, ampliada e qualificada do cuidado à saúde dos usuários, este põe em prática conhecimentos advindos de sua formação acadêmica, no desempenho da profissão e na sua vivência pessoal.

Na análise das principais atividades/ações realizadas pelos AS, foi possível identificar que estas estão preferencialmente concentradas nos campos de atividades ou eixos de trabalho, sendo eles: ações de caráter de emergência, informação, educação, comunicação em saúde, mobilização e participação social. Para a viabilização dessas atividades, o instrumento utilizado pelo profissional

muitas vezes é basicamente a linguagem, o conhecimento, e a divulgação de programas específicos para determinados grupos e o engajamento em práticas multidisciplinares e interdisciplinares.

**Fatores limitantes da atuação do assistente social nas UAIs:** dois grupos de fatores dificultam o trabalho do assistente social. O primeiro são fatores estruturais, uma vez que o profissional do serviço social não tem um espaço adequado para realizar seus atendimentos, dificultando o sigilo das informações colhidas junto ao usuário. O segundo são fatores organizacionais, tanto ligados a insuficiência de rede de atenção à saúde que não dá suporte adequado às necessidades do usuário e eleva o volume de serviços burocráticos, quanto aqueles ligados a própria complexidade de demandas trazidas pelo usuário das UAIs. Há ainda a questão em que o trabalho do Serviço Social não é adequadamente reconhecido pelos demais profissionais, fazendo com que o assistente social atue muitas vezes apenas resolvendo às questões que os outros profissionais não querem dedicar seu tempo.

É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições eloquentes que determinam a atuação do AS, podendo ser pelo histórico déficit na oferta de serviços que venham a atender às necessidades da população, como também pelo destaque na medicina curativa e hospitalocêntrica. A questão da demanda reprimida, a fragilidade dos sistemas de referência e contrarreferência, a insuficiência de leitos e consultas especializadas, o aumento por ações curativas individuais, a não coparticipação dos usuários na prevenção, controle e recuperação da saúde, dentre outras solicitações levam a uma incompletude da ação do AS.

O processo de trabalho do AS fica no limite entre as atividades que são de sua competência profissional e as atividades que são específicas de cada unidade de saúde. Para isso, na execução de suas práticas o profissional é obrigado a lidar com demandas dos usuários, incentivando-os a lutarem por seus direitos e por outro lado, o AS também é chamado a atender às demandas institucionais que já estão postas, sem poder estabelecer prioridades e dando respostas muitas vezes prontas e limitando-se as possibilidades que a instituição oferece.

Para Sarmento (2014), o ser profissional é eminentemente ético e político, de modo que compreender, pensar, refletir e intervir no âmbito da reprodução não é

algo simples. De acordo com Iamamoto (2012), as atividades desenvolvidas pelos AS perpassam as relações de poder presentes nos variados espaços sócio ocupacionais da profissão. Além do mais, essas atividades estão condicionadas às demandas institucionais e as condições de trabalho advindas da instituição muitas vezes determinam a forma de intervenção profissional, sendo que seu trabalho não se desenvolve de forma autônoma, porque o profissional não dispõe de todos os meios e instrumentos necessários para realização do mesmo.

É explícito, ainda, que as condições adequadas do espaço físico são de extrema importância para possibilitar um atendimento de boa qualidade aos usuários, bem como para assegurar o direito dos profissionais de Serviço Social quanto ao ambiente de trabalho. O local de atendimento destinado ao AS deve ser dotado de espaço suficiente para abordagens individuais e coletivas, além de possuir e garantir as seguintes características físicas: a) iluminação adequada para o trabalho diurno e noturno, b) recursos que garantam a privacidade do usuário durante a intervenção profissional, c) ventilação adequada e com portas fechadas, e) espaço para colocação de arquivos para guardar material técnico de caráter reservado (CFESS, 2006).

No estudo que analisa as condições de trabalho do AS na política de assistência social realizado por Oliveira, Hedler e Santos (2016), constatou-se como fatores dificultadores na execução de suas tarefas: a precarização, a falta de reconhecimento da profissão por representantes de órgãos competentes e empregadores e a pressão sofrida no cotidiano de trabalho dos entrevistados.

Para Alves Faermann e Val de Mello (2016), aos AS são impostos entraves de diversas formas: falta de materiais diversos, falta de transporte para visitas domiciliares e institucionais, falta de salas para o atendimento adequado dos usuários, dentre outros constrangimentos expressos pelos profissionais em sua pesquisa. Há de se ressaltar que o espaço físico constitui um dos componentes necessários para assegurar o acolhimento e a qualidade do trabalho prestado ao usuário.

Santos e Manfroi (2015) apontam que muitos profissionais do Serviço Social no Brasil não vivenciam uma realidade adequada de trabalho. Pode ser observado pontos frágeis do trabalho dos AS que são realizados pela via da garantia e

efetivação dos direitos dos usuários, ultrapassando práticas pontuais e imediatas impactando na intervenção junto aos usuários.

**Fontes de adoecimento no trabalho realizado pelo assistente social nas UAIs:** É importante reconhecer que o trabalho do serviço social nas UAIs apresenta questões que podem gerar estresse e sofrimento no profissional e, por vezes, resultar em sofrimento mental. Essas questões estão ligadas ao próprio objeto de trabalho do AS, que atua frente a demandas complexas, mas também às questões trabalhistas locais e aos fatores limitantes relacionados ao processo de trabalho.

Na atualidade há um processo crescente de privatização da saúde, como proposta do projeto neoliberal. Assim, como os demais trabalhadores de saúde, o AS sofre as determinações sociais presentes na sociedade capitalista, gerando o retrocesso dos direitos conquistados quanto ao assalariamento e fragilização das relações de trabalho. Nesse contexto, surgem as precarizações através dos contratos temporários, contratos por projetos, terceirização, baixos salários, além da falta de condições físicas e materiais adequados para consecução do seu trabalho.

Diante do exposto, as novas configurações da reestruturação produtiva podem ser observadas também no cotidiano do trabalho dos AS. Dentre tantos outros aspectos pode-se elencar a exploração, a inserção precária no mundo do trabalho, o sofrimento e o adoecimento profissional.

De acordo com Druck et al. (2010), a precarização do trabalho produz frágeis e instáveis as relações de trabalho, podendo ser constatado esse efeito mundialmente. Esse processo de precarização reverbera nas condições materiais e na subjetividade dos trabalhadores.

Ficam visíveis ainda, as precárias formas de inserção no mercado de trabalho, com ausência de estabilidade nos vínculos, a falta de recursos materiais e instalações físicas adequadas, além da insuficiência de educação continuada repercutem na própria consciência do trabalhador, provocando competição entre eles, fragilizando assim a organização coletiva da categoria profissional (PAZ, 2015).

Corroborando com essa pesquisa os resultados de Faermann e Mello (2016), os quais verificaram que o sofrimento e o adoecimento vivenciado pelos AS presentes em seu estudo ocorrem devido às precárias condições de trabalho, ao

não reconhecimento de suas ações, à complexidade da questão social, à ineficiência das políticas públicas e aos baixos investimentos em recursos humanos e econômicos para evolução de suas atividades.

O desconhecimento e a visão equivocada por parte da equipe sobre o papel do assistente social podem gerar demandas que remetam a questões de caridade, favoritismo e assistencialismo. De acordo com documento do CFESS (2010), intitulado como Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, a falta de esclarecimento, por parte das equipes e empregadores sobre o Serviço Social, tem gerado demandas equivocadas e que não se referem as atribuições da profissão.

Nesse estudo fica evidente nos depoimentos dos AS que os fatores limitantes do processo de trabalho acarretam sentimentos que podem levar ao adoecimento e sofrimentos diversos. Coerentemente a esse resultado, Alves Faermann e Val de Mello (2016), constatou em pesquisa recente, que sentimentos de incapacidade, angústia , mal estar e angustia frente a complexidade das expressões da questão social, a falta de recursos financeiros, a ineficiência das políticas públicas e o contato direto com as condições de vida da população usuária contribuem para o seu sofrimento e adoecimento.

O contexto atual brasileiro marcado pela reestruturação do capital, traz a tona as condições de trabalho no modelo capitalista que repercute nas condições de trabalho que reverberam na saúde desses profissionais. De acordo com Carvalho e Netto (2011):

é preciso pensarmos de forma mais clara e menos leviana a direção social de nossa prática. Não só porque trabalhamos especialmente na mediação dominados/dominação, mas também porque parece que a leitura da realidade complexa que vivemos hoje e o avenir são tarefas difíceis, assim como a escolha dos processos e das estratégias de ação. (Carvalho e Netto, 2011, p. 56)

Além disso, demonstra que o mercado de trabalho dos assistentes sociais é sinalizado por amplas formas instáveis de contratação, baixos salários e dissabores nas condições de trabalho esaúde. Nestas relações de forças entre empregadores e trabalhadores fica evidente a necessidade de se problematizar e evidenciar também o sofrimento e as dificuldades que o AS vivencia em seus espaços de trabalho, na busca por sua relativa autonomia, as quais às vezes nem ele consegue identificar.

Os profissionais de serviço social precisam fazer uma reanálise crítica de sua postura profissional; verificar o processo e relações de trabalho contraditórias e alienantes nas quais muitas vezes estão inseridos; e manifestarem também suas insatisfações e pautas de reivindicações.

Nesse contexto, a atuação dos AS encontra-se entreposta no meio de duas coisas: 1) o prazer pela possibilidade de produzir um trabalho acalorado pela materialização dos direitos sociais da população; e 2) o sofrimento pela exibição contínua da insuficiência de recursos e a depreciação das políticas sociais que respondam às demandas dos usuários.

Para Freudenberger (1974), a agressão ao sentido do trabalho é a gênese do esgotamento profissional. De acordo com o autor os profissionais mais propensos a desenvolverem tais sintomas são aqueles que prestam serviços a outras pessoas, como cuidadores, professores, médicos, enfermeiras e assistentes sociais.

Pode-se constatar que a precarização das relações e condições de trabalho dos AS inseridos nas políticas de saúde demonstra um curso acelerado nesse processo, expressos na desregulamentação dos vínculos cada vez mais precários e instáveis, baixos salários, multifuncionalidade e na precariedade das condições e relações de trabalho.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da construção deste estudo pode-se considerar que o Serviço Social é uma profissão historicamente marcada por características peculiares, como por exemplo a predominância do sexo feminino.

Foi possível perceber que o AS tem como seu objeto de trabalho as políticas sociais. Contudo, o estudo demonstrou também que no atual contexto de fragilização do seu trabalho, a falta de autonomia para exercer as atividades que compreendem o currículo do profissional é considerada uma das principais formas de precarização, uma vez que as classes vulneráveis podem não ter seu atendimento adequadamente.

Conforme buscamos inferir ao longo desse estudo, foram evidenciados elementos que revelam que o exercício profissional dos AS nas Políticas Públicas de Saúde vem sendo abarcado pelas mudanças conformadas pelo mundo do trabalho. Além disso, as condições de trabalho dos AS vem sendo prejudicadas em função da precarização do trabalho, degradando condições técnicas e éticas de exercício teórico e prático da profissão.

Desse modo, é necessário que a categoria compreenda e debata a respeito das precárias condições de trabalho, resistindo diante dos limites e desafios para que seus direitos enquanto trabalhadores e igualmente para a concretização dos direitos sociais dos usuários da referida política supracitada seja efetivada.

O AS precisa se vislumbrar como um profissional respaldado por um Código de Ética, com saber próprio que consegue enxergar além do que lhe é posto e imposto, fazendo uma leitura do ser sujeito capaz de construir sua autonomia profissional, promovendo reflexões e projetando ações tanto no campo profissional individual como no conjunto da categoria.

Cumpre-se observar a importância do serviço social no fortalecimento e na promoção ao acesso dos direitos de cidadania dos usuários, agregando a interligação entre os setores e serviços, construindo e fortalecendo as redes de atenção e de proteção social, propiciando a intervenção do trabalho multiprofissional a partir das relações pactuadas com a equipe, a comunidade e os usuários.

Cabe inferir ainda, que essa pesquisa poderá subsidiar e contribuir para a proposição de estratégias de cuidado para os profissionais do Serviço Social ajustados ao contexto e circunstâncias que determinam a organização do trabalho. Espera-se também que seja estimulada a intensificação de reflexões sobre a organização do processo de trabalho influindo na qualidade de vida desses profissionais inseridos nas Unidades de Atendimento Integrado.

Por fim, o AS deve compreender e reconhecer que suas atribuições privativas, seus conhecimentos, suas habilidades e suas competências profissionais reafirmam diariamente o seu compromisso com os usuários que atende e busca identificar as possibilidades no aperfeiçoamento do seu agir profissional.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **O novo mundo do trabalho:** reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ALVES FAERMANN, L., VAL DE MELLO, C. C, As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 1, p. 96 - 113, jan./jul. 2016.  
<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.1.23035>
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAÚJO, C. S. B. **Processo de trabalho em saúde mental : um estudo com trabalhadores de CAPS** - 2018. 109f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, 225 p,1979.
- BEHRING, E. R. **Fundamentos de Política Social.** Serviço Social e Saúde Formação e trabalho Profissional. Cortez. São Paulo, 2011.
- BERNADINO, F. E. et al. **O cotidiano profissional do assistente social no programa Saúde da Família em Campina Grande.** 2005.
- BOSCHETTI, I. **Política Nacional de Saúde do trabalhador, proposta para consulta popular,** janeiro de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. 1988.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Sistema único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).
- BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para debate. *In:* MOTA, A. E. et al (Org.).

**Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Ed., p. 197-217, 2006.

**CAIXETA, N. P. O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador: uma análise da atuação profissional.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade de Brasília. 2014.

CARLOTO, C. M. Ruptura ou esforço da dominação: gênero em perspectiva. In: GODINHO, T.; SILVEIRA, M. L. (Org.). **Políticas públicas e igualdade de gênero.** (Caderno da Coordenadoria Especial da Mulher, n. 8). São Paulo, 2004.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1982.

CISNE, M. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social.** 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org.). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional** / Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social. Brasília: CFESS, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL **Resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, DF, 2006.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, M. D. H. C. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** 1998.

CRAVEIRO, A. V., MACHADO, J. G. V. A predominância do sexo feminino na profissão do Serviço Social: uma discussão em torno desta questão: **Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina.** 2011.

DEJOUR, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In.: POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos, Petrópolis: Vozes, 2008.

DIAS, E. C. **Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2010.

DIAS, E.; SILVA, T. **Saúde do Trabalhador na Atenção à Saúde:** possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DRUCK, G.; FRANCO, T.; SILVA, E. S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100515726006>. Acesso em: 17/04/2019.  
<https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>

FREIRE, L. **Serviço Social na reestruturação produtiva.** São Paulo: Cortez, 2011. FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GENTILLI, R. M. L. A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 53, p. 126-144, mar./1998.

GUIRALDELLI, R. (org). **Perfil Profissional de assistentes sociais de Belo Horizonte (MG):** subsídios para análise; Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. n.5 (2014). – Belo Horizonte: CRESS 6º Região, 2014.  
<https://doi.org/10.18315/argumentum.v5i2.5953>

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Niterói: Record, 1997.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, n.3, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS (org). **Serviço Social: direitos sociais e competência profissionais.** Brasília: CEFFS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 22. Ed. São Paulo, Cortez, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População Ocupada.** Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros**. 2017.

KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, n. 10, p.123 – 145, 2010.

LACAZ, F.A. Campo Saúde do Trabalhador: resgatando e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n.4, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

LACAZ, F. A. **Política Nacional de saúde do trabalhador**: desafios e dificuldades. 4 Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARTINELI, M. L. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**: um instigante desafio. São Paulo: NEPI, 2004.

MARTINS, E. B. C. O Perfil dos Assistentes Sociais que atuam no Âmbito da Educação Municipal do estado de São Paulo. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 19, n. 1, p. 295-320, 2010.

MATOS, I. B.; TOASSI R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**. n. 13, v. 2, p. 239-244, 2013.

<https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n2.1119>

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 153-163, 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000100014>

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas. 2002.

MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Políticas e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, R. **Elaboração e análise de questionários**: uma revisão da literatura básica e a aplicação dos conceitos a um caso real. Relatórios Coppead - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Rio de Janeiro, 2002.

NOGUEIRA, V.M. Estado de Bem-Estar Social – origens e desenvolvimento. **Revista Katálysis**, n. 5, p. 89 – 103, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em:[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=378:s-aude-do-trabalhador&Itemid=595](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:s-aude-do-trabalhador&Itemid=595). Acesso em: 10 mai 2019.

PAZ, F. A. R. A precarização no trabalho do assistente social na política de assistência social. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís – MA, n. 2, p. 1- 11, 2015

PEREIRA, P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2012.

PRADA, T; GARCIA, M. L. T. G. Perfil das assistentes sociais dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia do Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, n. 129, p. 304 – 325, maio/ ago. 2017.

<https://doi.org/10.1590/0101-6628.110>

ROCHA, B. R. Relação de Gênero: Um estudo no Curso Superior de Serviço Social. **Saúde em Foco**, v. 08, p. 122 – 134, 2016

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

SANTOS, M. T, MANFROI, V. M. Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Em Pauta**, RJ, n. 13, v. 36, p. 178 a 96, 2015.

<https://doi.org/10.12957/rep.2015.21057>

SARMENTO, E. B. M. O Debate Contemporâneo sobre a Intervenção Profissional. In: FAGUNDES, H. S.; SAMPAIO, S. S. (Org.). **Serviço Social Questão Social e Direitos Humanos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014. v. I, p. 159-179.

SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, 2004.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

SILVA, A. B.; SILVA, D. T.; SOUZA JUNIOR, L. C. O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”. **Anais do 4º Seminário Mineiro de Assistentes Sociais**. 2016. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>> Acesso em: 03 ago 2019.

SILVA, E. N. **O processo saúde -adoecimento dos assistentes sociais que atuam em unidades de pronto atendimento em Mossoró – RN**. 2015. Monografia (Graduação) – Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró. 2015.

UBERLÂNDIA. **Unidades de Atendimento Integrado**. 2019. Disponível em: [http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/562/unidades\\_de\\_atendimento\\_integrado.html](http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/562/unidades_de_atendimento_integrado.html). Acesso em: 04 jul 2019.

VALE, E. G.; PAGLUICA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado em enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas democráticas. In: MOTA, A. E. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez. 2001.

VIEIRA, M.; CHINELLI F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercuções sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 6, p. 1591-1600, 2013.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>

WERMELINGER, M. et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil**: Focalizando a Feminização. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

## ANEXOS

### Anexo 1. Informações Sociodemográficas e do trabalho

**ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**1) Sexo:**

( ) feminino ( ) masculino

**2) Idade: \_\_\_\_\_ anos**

**3) Estado civil:**

( ) Solteiro (a) ( ) Casado(a) ( ) Outros

**4) Possui especialização:**

( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_ ( ) Não

**5) Tempo de formação no Serviço Social:**

( ) 1 a 5 anos ( ) 6 a 10 anos ( ) Mais de 10 anos

**6) Tempo de trabalho no exercício do Serviço Social na UAI:**

( ) Menos de 1 ano ( ) 1 a 5 anos ( ) 6 a 10 anos ( ) Mais de 10 anos

**7) Vínculo empregatício:**

( ) Estatutário ( ) Celetista

**8) Número de Vínculos:**

( ) Um ( ) Dois

**Anexo 02.** Roteiro para Entrevista Semiestruturado

- a) Quais as situações que você identifica como geradores de sofrimento no trabalho?
- b) Em sua opinião, de que forma o trabalho do assistente social contribui para o cuidado em saúde dos usuários nas UAs?
- c) Na sua percepção o trabalho no dia a dia provoca algum tipo de adoecimento para o assistente social?
- d) Quais as maiores dificuldades encontradas na organização dos processos de trabalho do assistente social?
- e) Quais as demandas encaminhadas que realmente são para o serviço social da UAI?
- f) O que te dá prazer neste trabalho?

### Anexo 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título “**A importância do profissional de serviço social no atendimento ao paciente na unidade atendimento integral**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Marlene Terezinha de Muno Colesanti e Patrícia Aparecida ZuzaMoraes. Nesta pesquisa nós estamos buscando Avaliar os processos de trabalho do Serviço Social no atendimento prestado aos usuários nas Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia (Minas Gerais).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Patrícia Aparecida Zuza Moraes antes da entrevista a ser realizada em local privativo antes da aplicação dos questionários e da entrevista, que será realizada de preferência em local que garanta privacidade e o mínimo de interferências do ambiente na Unidade de Atendimento Integrado que você trabalha. Caso você quiser algum tempo para decidir se quer participar, não é preciso assinar ou participar dessa pesquisa agora. Basta informar a pesquisadora esse desejo.

Na sua participação, você vai participar de uma entrevista, onde responderá a algumas perguntas sobre o seu trabalho. Essa entrevista será gravada em áudio e depois que a pesquisadora transcrever as gravações, todo o material gravado será apagado permanentemente.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa e no desconforto em responder às perguntas da entrevista. Contudo, os pesquisadores se comprometem a minimizar esse risco, retirando o nome dos participantes ao realizar a transcrição das gravações e realizando a entrevista em local privativo. Os benefícios estão relacionados à valorização do trabalho do Assistente Social na área da saúde, contribuindo para reafirmação da importância desse profissional na composição das equipes multiprofissionais. Diretamente, essa pesquisa contribuirá para a reflexão dos profissionais em relação ao trabalho realizado, oportunidade possibilitada pela entrevista.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Campus Santa Mônica - Bloco 1H, sala 31, na Av. João Naves de Ávila, nº 2121. CEP 38405-320; Telefone: (34) 3225-8604. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, .....de ..... de 20.....

Profa. Marlene Terezinha de Muno Colesanti

Patrícia Aparecida Zuza Moraes

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

## Anexo 04. Parecer CEP



### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO NA UNIDADE ATENDIMENTO INTEGRAL

**Pesquisador:** Marlene Teresinha de Muno Colesanti **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 86413218.0.0000.5152

**Instituição Proponente:** Instituto de Geografia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.829.406

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma resposta à pendência apontada no Parecer consubstanciado 2.770.854, emitido pelo CEP em 13 de Julho de 2018.

Conforme o texto do projeto das pesquisadoras:

A área de saúde pode se constituir num importante e estratégico espaço de inserção e atuação do Assistente Social tanto na formulação, desenvolvimento e implementação das políticas públicas de saúde preconizada pelo SUS. Atualmente, é imperativo reconhecer a importância do trabalho do Assistente Social que atua nos serviços de saúde, ampliando e estimulando o desenvolvimento de planos e ações que visem a promoção social das pessoas e famílias nos diversos pontos de atenção à saúde e da própria comunidade. Assim, esse projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar os processos de trabalho do Serviço Social no atendimento prestado aos usuários nas Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia (Minas Gerais). Para isso, propõe-se uma pesquisa com metodologia mista. Na abordagem quantitativa serão analisados os procedimentos realizados por Assistentes Sociais que atuam nas Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) do município de Uberlândia entre os anos 2016 e 2017. Na abordagem qualitativa serão realizadas entrevistas semiestruturadas com Assistentes Sociais de todas UAIs do município.



**Critério de Inclusão:**

Serão incluídos na etapa quantitativa todos os procedimentos lançados no Sistema de Gestão em Saúde Fastmedic entre 2016 e 2017 correspondente às UAs. Já na etapa qualitativa será incluído por conveniência, um assistente social de cada UA que aceitar participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos na etapa quantitativa os procedimentos lançados no Fastmedic fora do período temporal estabelecido por outras unidades de saúde ou por profissional que não seja assistente social. Na etapa qualitativa serão excluídos, os assistentes sociais lotados em outras unidades de saúde ou que não aceitarem participar da pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme o texto do projeto das pesquisadoras:

**Objetivo Primário:**

Avaliar os processos de trabalho do Serviço Social no atendimento prestado aos usuários nas Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia (Minas Gerais).

**Objetivo Secundário:**

- Identificar os procedimentos realizados pelos Assistentes Sociais nas UAs;
- Compreender a percepção do trabalho desenvolvido pelo profissional do serviço social quanto à assistência ao usuário atendido nas UAs;
- Refletir sobre a organização do processo de trabalho do Serviço Social e o trabalho em equipe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o texto do projeto das pesquisadoras:

**Riscos:**

Os riscos dessa pesquisa estão relacionados a possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa e ao desconforto em responder às entrevistas. Diante disso, os pesquisadores se comprometem com o sigilo da pesquisa e ainda tomarão os seguintes cuidados: exclusão permanente das entrevistas após a transcrição, substituição dos nomes e referências institucionais



Continuação do Parecer: 2.829.406

por codinomes ou nomes genéricos e realização da entrevista em local reservado permitindo o conforto do profissional.

**Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa estão relacionados à valorização do trabalho do Assistente Social na área da saúde, contribuindo para reafirmação da importância desse profissional na composição das equipes multiprofissionais. Diretamente, essa pesquisa contribuirá para a reflexão dos profissionais em relação ao trabalho realizado, oportunidade possibilitada pela entrevista.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A relevância da presente pesquisa consiste em sua possível contribuição à valorização profissional do assistente social na composição das equipes multiprofissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.770.854, de 13 de Julho de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2019.

<b>Endereço:</b>	Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica		
<b>Bairro:</b>	Santa Mônica	<b>CEP:</b>	38.408-144
<b>UF: MG</b>	<b>Município:</b>	UBERLANDIA	
<b>Telefone:</b>	(34)3239-4131	<b>Fax:</b>	(34)3239-4335
		<b>E-mail:</b>	cep@propp.ufu.br

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado. • O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Continuação do Parecer: 2.829.406

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, juntamente com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_977881.pdf	17/07/2018 14:29:28		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2770854.pdf	17/07/2018 14:29:05	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_PARECER_2770854.docx	17/07/2018 14:28:47	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PatriciaZuza_v5.docx	17/07/2018 14:28:22	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx	03/06/2018 17:46:25	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto_Assinada_2.pdf	28/03/2018 06:16:03	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso.pdf	23/03/2018 11:23:20	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Outros	ANEXO2_roteiro.pdf	26/01/2018 19:58:35	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
Outros	ANEXO1_sociodemograficos.pdf	26/01/2018 19:58:14	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito

Outros	Curriculo.doc	26/01/2018 19:56:46	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
--------	---------------	------------------------	-------------------------	--------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2829.406

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.png	26/01/2018 19:56:12	PATRICIA APARECIDA ZUZA	Aceito
--	--------------------	------------------------	-------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 18 de Agosto de 2018

**Assinado por: Karine Rezende de Oliveira**

Página 05

<b>Endereço:</b> Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
--

<b>Bairro:</b> Santa Mônica	<b>CEP:</b> 38.408-144
-----------------------------	------------------------

<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERLANDIA
---------------	------------------------------

<b>Telefone:</b> (34)3239-4131	<b>Fax:</b> (34)3239-4335	<b>E-mail:</b> cep@propp.ufu.br
--------------------------------	---------------------------	---------------------------------