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

ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA

PERCEPÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS E DE PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PAPEL DO
SERVIÇO SOCIAL

UBERLÂNDIA

2020

ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA

**PERCEPÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS E DE PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PAPEL DO
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho equivalente à dissertação apresentado 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 obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosuita Fratari Bonito

UBERLÂNDIA

2020

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G216 2020	<p>Garcia, Elinausa Lisbôa dos Santos, 1987- PERCEPÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS E DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL [recurso eletrônico] / Elinausa Lisbôa dos Santos Garcia. - 2020.</p> <p>Orientadora: Rosuita Fratari Bonito. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.114 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Geografia médica. I. Bonito, Rosuita Fratari, 1957-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós- graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p>CDU: 910.1:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Vivianne Peixoto da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/03/2020, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ERLANDIA SILVA PEREIRA, Usuário Externo**, em 06/03/2020, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 06/03/2020, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1915843** e o código CRC **EE66E8C6**.

Referência: Processo nº 23117.016938/2020-91

SEI nº 1915843

*Dedico este trabalho ao meu esposo, Diego
Vieira Garcia, pelo incentivo e
companheirismo em todos os momentos da
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ser meu porto seguro em todas as horas.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rosuita Fratari Bonito, pela orientação, apoio, incentivo e confiança em toda trajetória deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Vivianne Peixoto da Silva, à Prof.^a Dr.^a Flávia do Bonsucesso Teixeira e ao Prof. Dr. Nilton Pereira Junior, pelas contribuições apresentadas durante as participações nas bancas da pesquisa e que enriqueceram ainda mais o estudo desenvolvido.

A todos os professores do PPGAT, que de alguma forma contribuíram para meu aprendizado e formação.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Instituto de Geografia pela oportunidade de fazer o mestrado profissional e integrar pesquisa e prática profissional.

Aos colegas de mestrado por compartilhar experiências, em especial a Elcilene, Rosana, Viviane e Leiriane pela amizade e convivência.

Aos profissionais de saúde e assistentes sociais que colaboraram para que esse trabalho fosse possível de se realizar.

"Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade".

Paulo Freire

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de compreender a percepção dos assistentes sociais e dos profissionais de saúde integrantes da equipe de Saúde da Família sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família. Considerando que a ESF é a principal porta de entrada do sistema de saúde, a pesquisa teve como foco responder de que forma a percepção dos profissionais de saúde em relação à atuação do Assistente Social na ESF impacta na sua práxis e no modo de estabelecer as interações no processo de trabalho, de forma que a compreensão da prática conexo à teoria contribua para melhor atuação do profissional, no atendimento aos usuários do sistema de saúde. O estudo é de aspecto exploratório descritivo, desenvolvido através da abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram da pesquisa assistentes sociais e profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família e compõe a equipe de Saúde da Família na ESF: médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as e/ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, no município de Uberlândia-MG. Com o propósito de alcançar tanto os objetivos referenciados acima, quanto os descritos na pesquisa, para o método quantitativo a coleta de dados realizou - se através de questionário autoaplicável com profissionais das equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde da Família; e para o método qualitativo utilizou - se entrevistas com roteiro semiestruturado e grupo focal com assistentes sociais. Os resultados mostraram que mesmo tendo ciência da contribuição do profissional de Serviço Social para a equipe, um número considerável de profissionais da equipe de saúde da família possui dificuldade em compreender a dimensão do papel do assistente social. Apresentou também informações relevantes para o conhecimento da trajetória do serviço social na SMS de Uberlândia e como se configura a atuação do/a assistente social em espaços sócios ocupacionais como Unidade de Atendimento Integrado á Saúde, Unidade Básica de Saúde e Unidade Básica de Saúde da Família, além de mostrar que a conjuntura social, as condições de trabalho e sua forma de organização, podem contribuir para o desgaste físico e mental afetando a saúde desses trabalhadores.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Assistente Social. Atuação profissional.

ABSTRACT

This work was developed with the objective of understanding the perception of social workers and health professionals who are part of the Family Health team about the role of the social worker in the Family Health Strategy. Considering that the FHS is the main gateway to the health system, the research focused on answering how the perception of health professionals in relation to the role of the Social Worker in the FHS impacts on their praxis and on the way of establishing interactions in the work process, so that the understanding of the practice connected to the theory contributes to a better performance of the professional, in the service to the users of the health system. The study has an exploratory descriptive aspect, developed through the quantitative and qualitative approach. Participated in the research social workers and health professionals who work in the Basic Family Health Units and make up the Family Health team in the FHS: doctors, nurses, technicians and / or nursing assistants and Community Health Agents Saúde, in the city of Uberlândia-MG. In order to achieve both the objectives referred to above and those described in the research, for the quantitative method, data collection was carried out through a self-administered questionnaire with professionals from the Family Health teams of the Basic Family Health Units; and for the qualitative method, interviews with semi - structured script and focus group with social workers were used. The results showed that even though they are aware of the contribution of the Social Service professional to the team, a considerable number of professionals from the family health team have difficulty understanding the dimension of the role of the social worker. Also presented relevant information for the knowledge of the trajectory of the social service in the SMS of Uberlândia and how the social worker works in social occupational spaces such as the Integrated Health Care Unit, the Basic Health Unit and the Basic Family Health Unit. , in addition to show that the social situation, the working conditions and their form of organization, can contribute to the physical and mental strain affecting the health of these workers.

Keywords: Family Health Strategy. Social Worker. Professional performance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistência Social
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CE	Código de Ética
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMAD	Centro Municipal de Atenção ao Diabético
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ENSP	Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PMU	Prefeitura Municipal de Uberlândia
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

PNAS	A Política Nacional de Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais por categoria, nos setores sanitários urbanos das equipes com 10 anos ou mais de credenciamento do município de Uberlândia-MG, 2019. ...	25
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde das equipes de ESF, segundo o perfil sócio demográfico, Uberlândia – MG - 2019	34

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Distribuição das respostas dos profissionais segundo as afirmativas da escala de percepção, Uberlândia – MG - 2019	35
Quadro 2 - Distribuição das respostas dos profissionais em relação ao papel do serviço social, Uberlândia – MG – 2019.....	38
Quadro 3 - Distribuição das respostas dos profissionais sobre em que situações acionariam o Serviço Social, Uberlândia – MG – 2019.....	40

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2. Objetivos Específicos	23
3. METODOLOGIA	23
3.1 Universo e Amostra	24
3.2 Instrumento e Técnicas de Coleta de Dados	25
3.3 Análise dos Dados	26
3.4 Aspectos Éticos	27
4. RESULTADOS	29
4.1 Artigo 1	29
4.2 Artigo 2:	47
4.3 Artigo 3	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82
ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética	86
ANEXO 2 - Protocolo de submissão do artigo 2	90
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	91
APÊNDICE B - Questionário para Profissionais de Saúde	92
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	94
APÊNDICE D - Grupo Focal – Perfil Assistentes Sociais	95
APÊNDICE E - Roteiro Grupo Focal	96
APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista com Coordenação do Serviço Social	97

APRESENTAÇÃO

O presente Relatório de Defesa foi desenvolvido conforme as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia - PPGAT-UFU.

A escolha pelo tema do estudo está relacionada à vivência da prática como assistente social tanto na assistência como na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Em 2009, tive meu primeiro contato profissional com o serviço de saúde pública ao iniciar como assistente administrativo no Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, onde permaneci até o ano de 2017. No ano de 2012 finalizei minha formação em Serviço Social e em 2013, após concurso público, assumi como assistente social na Prefeitura Municipal de Uberlândia. Tive a experiência de trabalhar em Unidades Básicas de Saúde da Família, Programa Melhor em Casa e de atuar como referência para o serviço social na Atenção Básica. Concluí no ano de 2015 uma especialização em Saúde Pública-Bem Estar Social e atualmente estou na gestão do Programa Bolsa Família, do Setor de Nutrição da Secretaria de Municipal de Saúde. O presente trabalho está estruturado da seguinte forma:

Introdução: apresentação do tema desenvolvido no estudo, os objetivos propostos e a metodologia utilizada para atingi-los.

Resultados: elaboração de três artigos científicos, a partir dos resultados alcançados.

1º artigo: "Percepção dos profissionais de saúde da equipe de saúde da família sobre o papel do assistente social", para identificar o perfil dos profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família no município de Uberlândia, Minas Gerais, e analisar a percepção desses profissionais sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família.

2º artigo: "O papel do Assistente social: visão dos assistentes sociais que atuam na Estratégia Saúde da Família", com o objetivo de analisar, na visão dos assistentes sociais, o papel do Serviço Social na ESF.

3º artigo: "A Trajetória do Serviço Social e seus espaços Sócios Ocupacionais na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais, com o objetivo de descrever trajetória histórica do Serviço Social e seus espaços ocupacionais na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia/MG".

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo possui como tema central a percepção dos assistentes sociais e dos profissionais de saúde que atuam na equipe de Saúde da Família sobre o papel do serviço social. A pesquisa é um meio de explorar problemáticas que surgem na prática e de colaborar para a atualização e compreensão entre intelecto e ação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009). Essa é a perspectiva de estudo que norteia e fundamenta a proposta aqui apresentada.

A Reforma Sanitária Brasileira, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, possibilitou a discussão de um novo modelo de saúde. Sendo assim, esse Movimento garantiu na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (PAIM, 2008).

Nessa vertente, destaca-se a vigente organização do sistema de saúde por meio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), focado na universalização das políticas sociais e na garantia dos direitos sociais, em conformidade com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

No entanto, após 30 anos de existência, o SUS ainda apresenta desafios para sua efetivação, dentre eles, a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde e a construção de práticas pautadas na integralidade.

É nesse contexto que o assistente social se insere como profissional de saúde, por um lado, comprometido com a defesa da política de saúde na democratização do acesso, interpretação da realidade social e mobilização popular; e por outro, é compelido a atuações assistencialistas, consequência de um sistema cada vez mais privativo.

O assistente social se situa no ambiente de trabalho conforme a dinâmica social, sua prática é relacionada ao cenário sociopolítico, por isso nem todas as atribuições são especificadas na equipe de saúde, e assim, pode dificultar a compreensão do papel do Serviço Social pelos outros profissionais, de forma que não consigam distinguir o espaço de trabalho desse profissional (CASTRO; OLIVEIRA, 2011).

Essa complexidade colabora para relacionar ao papel do assistente social apenas a ações emergenciais. Contudo, é fundamental ressaltar que:

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio educativo na prestação de serviços sociais viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, ser reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do

passado. Importantes investimentos acadêmicos profissionais foram realizados no sentido de se construir uma nova forma de pensar e fazer o Serviço Social, orientadas por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico, norteadores do projeto da profissão no Brasil (IAMAMOTO, 2004, p.22).

Nesse sentido, a referida afirmação está em conformidade com as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social estabelecida em 2002, no qual se destacam competências e habilidades gerais como, formação teórico-metodológica e ético-política, compreensão do desenvolvimento da profissão no contexto sócio histórico e percepção das demandas que se expressam como questão social e exige a capacidade para formulação de políticas sociais em benefício da sociedade (BRASIL, 2002).

Para melhor compreensão, é importante destacar a trajetória da Atenção Básica à Saúde (ABS), e a inserção do assistente social nesse espaço. Em 1988, por meio da publicação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o SUS, que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

Em 19 de setembro de 1990, foi votada a Lei 8.080, que regulamentou as ações do SUS em todo território nacional, abordando as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde, seguida pela Lei 8.142/90 que estabeleceu e regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde e de colegiados de gestão nos serviços de saúde, além de ter organizado as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde (BRASIL, 2006).

Além da democratização da saúde, a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não doença”; com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas. (BRASIL, 2014).

Assim, surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), considerada pelo Ministério da Saúde uma estratégia de expansão, qualificação, consolidação e reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelece uma equipe multiprofissional, com a proposta de novas práticas de saúde, a partir da interação entre práticas clínicas, saúde coletiva, comunidade, educação, transporte, habitação, e outros níveis de Atenção. Essa

estratégia deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e ter suas ações embasadas no conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2000).

Regulamentado e efetivado em 1997, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado pelo MS em 1991, têm um papel significativo no aprimoramento do SUS; objetivando a prevenção, os ACS, profissionais escolhidos dentro da própria comunidade, realizam visitas domiciliares a fim de informar e orientar sobre cuidados em saúde (BRASIL, 2001).

Após décadas de militância, a 8ª CNS oportunizou a apresentação do conceito ampliado de saúde, em que a visão de saúde antes centrada apenas no conhecimento médico passa a incluir os determinantes sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e fatores sociais, como parte do processo saúde-doença. Dessa forma, surge a concepção de Promoção da Saúde com o objetivo de diminuir os riscos à saúde e de promover a qualidade vida (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar a importância do Pacto pela Saúde de 2006- Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, firmado entre União, Estados e Municípios, estabelecendo uma nova forma de gestão federativa, solidária e cooperativa, que assegura a participação popular, além de definir responsabilidades de gestão para com a saúde pública e um novo tipo de financiamento para o setor (BRASIL, 2006).

Esse contexto resulta na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) de 2006 -Portaria MS/GM n. 648, de 28 de março de 2006, e modificada em 2011- Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS e da ESF. De acordo com essa política, a ESF visa à reorganização da ABS no País de acordo com os preceitos do SUS, e tem como um dos itens necessários, à existência de equipe multiprofissional, composta no mínimo, por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS (BRASIL, 2012).

Em 2017, a PNAB passou por mais uma revisão - Portaria MS/GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. A nova PNAB aponta algumas mudanças relevantes, sendo duas delas: novas formas de composição de equipes de Atenção Básica e quantidade de ACS por equipe a critério da gestão municipal, não sendo mais obrigatório o mínimo de quatro ACS para formar a equipe (BRASIL, 2017). Essa nova revisão gerou críticas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

Conforme manifestação das instituições, ao liberar financiamento para novos formatos de Atenção Básica, a nova PNAB suprime a prioridade do modelo assistencial da ESF possibilitando organizar a AB baseados em princípios diferentes adotados no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Portanto, de acordo com Venâncio et al. (2008, p. 14),

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

Após a avaliação deste conceito, percebe-se que os profissionais de saúde na ESF devem ter a capacidade de fazer uma leitura da realidade, e compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. O Assistente Social é um dos profissionais que na sua formação tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, grupos e comunidade e se apresenta como um profissional de apoio importante para a equipe de saúde.

Considerando a importância da inserção deste profissional na ABS, destacamos que a Constituição Federal de 1988, foi fundamental para a efetivação da Assistência Social como um direito social e como política pública. Além do mais, garantir a assistência social como direito na CF desmistifica o conceito de que é destinada apenas a população pobre, mas sim, a todo cidadão que apresenta vulnerabilidade ou risco social (SPOSATI, 2006).

No período pós-constitucional, numa trajetória marcada por profundas mudanças na política de assistência social, apesar das dificuldades enfrentadas, foi sancionada a Lei nº 8.742/93 — Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que tornou operacionais os princípios contidos na Constituição Federal, estabelecendo uma nova matriz para a assistência social brasileira.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a República Federativa do Brasil em Estado Democrático de Direito, com o objetivo de garantir os direitos sociais e individuais, a liberdade, segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. Sendo que um dos grandes marcos foi estabelecer como direitos sociais: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e a infância, e assistência aos desamparados, contribuindo assim para a constituição de um Estado de Bem Estar Social.

A fim de amparar os direitos à saúde, educação e previdência, a CF/88 define a Seguridade Social em três pilares: Previdência Social, Assistência Social e Saúde Pública, baseada em princípios como equidade, uniformidade e equivalência dos benefícios urbanos e rurais, e universalidade da cobertura. Destaca-se que a Assistência Social é uma política social não contributiva de proteção gratuita a quem dela necessitar (BRASIL, 2012).

A proteção social se divide em Proteção Social Básica, atuando na prevenção de riscos sociais às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, e a Proteção Social Especial, proposta para famílias ou indivíduos em situações de risco e que tiveram seus direitos violados (BRASIL, 2012).

Um dos avanços fundamentais da LOAS, foi a implementação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em 2005. A IV Conferência Nacional de Assistência Social de 2003, realizada em Brasília, teve como principal deliberação, a construção e implementação do SUAS, a fim de que fossem normatizadas as atribuições de cada esfera de governo e estabelecida uma rede de atendimento, para a efetivação da Assistência Social como política pública, materializando as diretrizes contidas na Lei Orgânica de Assistência Social, porém apenas em 2005 se deu a aprovação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB SUAS), efetivando assim a sua consolidação (BRASIL, 2012).

O SUAS, é um sistema público que organiza os serviços sócios assistenciais no país. Possui um modelo de gestão participativa, com caráter descentralizado e participativo. Têm a função de gerir o conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. O Sistema organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, além disso, engloba a oferta de Benefícios Assistenciais, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

É possível observar que os princípios e organização do SUAS é semelhante ao SUS, e que está alinhado com as atribuições da equipe de ABS, principalmente no que tange ao cuidado integral do indivíduo, considerando o território como um todo e suas vulnerabilidades sociais; em vista disso percebe-se a necessidade do profissional de Serviço Social na ABS, já que sua formação técnica considera o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade, e na sua inserção sócio cultural.

De acordo com o documento “Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde”, constituído e instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos

usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (BRASIL, 2010).

Diante disso é importante ressaltar que, o profissional trabalha na perspectiva do direito, não apenas na garantia do acesso, mas na intervenção social a fim de que seja usufruído de forma crítica e consciente, com o propósito de transformar a realidade.

É nessa concepção que em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, composto por equipes multiprofissionais, dentre eles, assistentes sociais, que atuam de forma integrada com a ESF, e tem por objetivo a consolidação da APS a partir da ampliação de ofertas de saúde na rede de serviços (BRASIL, 2010).

O NASF, como estratégia contemporânea, deve atuar de forma interdisciplinar, priorizando o apoio matricial nas equipes de saúde, pois a sua finalidade é fortalecer a articulação com as Redes de Atenção, as intervenções coletivas com base na promoção à saúde e o cuidado integral, modificando assim a prática de encaminhamentos apenas baseados na referência e contrarreferência (MOURA; LUZIO, 2014).

Para se adequar aos novos modelos de AB propostos pela PNAB de 2017, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), destinados a disponibilizar suporte clínico, pedagógico e sanitário às equipes de forma integrada (BRASIL, 2017).

O apoio matricial no NASF é realizado por uma equipe de profissionais que não necessariamente têm contato direto com o usuário, mas devem prestar apoio tanto assistencial, quando preciso, quanto educativo para as equipes de referência. Por isso, é fundamental que os profissionais compreendam a diferença entre conhecimento específico do especialista e conhecimento partilhável entre a equipe. Ademais, visa maior resolutividade no cuidado em saúde, possibilita romper com ações de encaminhamentos indistintos e corresponsabilizar as equipes de saúde e de apoio matricial (BRASIL, 2010).

Em consonância com o que foi apontado, os profissionais de saúde que atuam na ESF seguem protocolos e fluxos, para orientar os processos de trabalho. Diante disso, teoricamente, os profissionais da equipe de saúde da família, em sua maioria, apenas seguem os fluxos de encaminhamentos para o serviço social, sem conhecimento real da prática desenvolvida por este profissional. “Dessa forma, Feuerwerker (2014) pondera que o usuário do serviço de saúde, além de suas ‘queixas’ clínicas, trazem consigo uma história de vida permeada por crenças, valores e sentimentos.

O Brasil apresenta grande iniquidade e desigualdade na distribuição de riqueza e renda. Essa forma de organização social tem impacto negativo na saúde dos mais pobres, podendo privá-los em algumas situações, até do acesso essencial à saúde, mas também afeta a saúde da sociedade como um todo. Um estudo comparativo realizado nos Estados Unidos mostrou que indivíduos que vivem em Estados com maior desigualdade de renda apresentam pior estado de saúde em relação aos outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Portanto, é primordial os profissionais de saúde terem a percepção de que todos esses fatores são essenciais para um atendimento assertivo e integral.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município de Uberlândia, tem-se uma população estimada em 691.305 habitantes em 2019. O aumento populacional crescente, 1.7% em relação a 2018, aponta para o aumento significativo das demandas relacionado aos setores de Saúde e Assistência Social. Esse crescimento fomenta a necessidade de implantação e execução de políticas sociais efetivas e recursos humanos suficientes e qualificados, que contribuam para a efetivação dos direitos sociais da população.

Nessa perspectiva, a PNAB (2017) destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar as referências e contrarreferências de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Conforme exposto, considerando que a ESF é a principal porta de entrada do sistema de saúde, a pesquisa tem por objetivo responder de que forma a percepção dos profissionais de saúde em relação à atuação do Assistente Social na ESF impacta na sua práxis e no modo de estabelecer as interações no processo de trabalho, de forma que o estudo da prática conexo à teoria contribua para melhor atuação do profissional, no intuito de qualificar seu trabalho no atendimento aos usuários do sistema de saúde, com foco na viabilização dos direitos sociais, no desenvolvimento da autonomia, e na emancipação social.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos assistentes sociais e dos profissionais de saúde integrantes da equipe de Saúde da Família sobre o papel do assistente social na ESF.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos profissionais que atuam na ESF.
- Conhecer como os profissionais da equipe de Saúde da Família compreendem as ações do Assistente Social.
- Analisar, na visão dos assistentes sociais, o papel do Serviço Social na ESF.
- Descrever a trajetória histórica do Serviço Social e identificar seus espaços sócio ocupacionais na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é de aspecto exploratório descritivo, desenvolvido através da abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram da pesquisa assistentes sociais e profissionais de saúde que atuam nas UBSFs e compõe a equipe de Saúde da Família na ESF, médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as e/ou auxiliar de enfermagem e ACS, do município de Uberlândia-MG.

A pesquisa qualitativa proporciona uma análise mais profunda da realidade, pois ela considera os fatores subjetivos que não podem ser avaliados de forma quantitativa nos processos e nas relações sociais (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009). Por outro lado, "o método quantitativo visa obter evidências de associações entre variáveis independentes, intervenção, exposição e dependentes, resposta ou desfecho" (MINAYO *et al.* 2005, p.71).

Sendo assim, ainda de acordo com Minayo (2005) tanto os dados da abordagem qualitativa como da quantitativa, não são inconciliáveis, podem se complementar e produzir informações demasiadamente valiosas e confiáveis. E são através das possibilidades interdisciplinares entre as duas abordagens, que a estratégia de triangulação de métodos pode contribuir para o conhecimento mais amplo e profundo do tema (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

Com o propósito de alcançar tanto os objetivos referenciados acima, quanto os descritos na pesquisa, para o método quantitativo a coleta de dados realizou-se através de questionário autoaplicável com profissionais das equipes de SF das UBSFs; e para o método qualitativo utilizou-se entrevistas com roteiro semiestruturado e grupo focal com assistentes sociais.

3.1 Universo e Amostra

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG, se divide em quatro Setores Sanitários Urbanos - Central-Norte, Leste, Oeste e Sul, com 71 equipes de saúde, e também a Zona Rural com sete equipes, totalizando 78 Equipes de ESF distribuídas em 58 UBSFs. Estas unidades possuem 638 profissionais integrantes da equipe mínima e 38 assistentes sociais, que constituem seus respectivos NASFs de abrangência.

O universo da pesquisa é composto pelos respectivos grupos: assistentes sociais que atuam na ESF, assistentes sociais que estão na Coordenação do Serviço Social e por profissionais de saúde da equipe de saúde da ESF - médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS. A escolha pela equipe de saúde se deve ao fato desses profissionais serem obrigatórios para credenciamento de uma equipe de ESF, em concordância com a PNAB de 2012.

No grupo de assistentes sociais das UBSFs, foi realizado um grupo focal com participação de nove profissionais, que após convite, aceitaram participar do grupo e que atenderam os seguintes critérios de inclusão: atuar nas UBSFs dos setores urbanos que tenham 10 anos ou mais de credenciamento, critério escolhido intencionalmente apenas como forma de delimitar o número de Unidades de saúde onde seria realizada a pesquisa, estar no exercício de sua função no momento da coleta de dados, e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram entrevistadas duas assistentes sociais que estão na coordenação do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde atualmente.

No grupo dos integrantes da equipe de SF, dos 286 profissionais em exercício no ato da pesquisa, 185 responderam o questionário. Para a definição dessa amostra utilizou-se o método de amostragem não probabilística intencional, pois já se tinha conhecimento prévio de alguns elementos que compõem a amostra, como: categoria profissional, local da pesquisa - UBSFs e os objetivos esperados. Os critérios de inclusão aplicados foram: ser integrante da equipe mínima na ESF dos setores urbanos; estar no exercício de sua função no momento da coleta de dados; ser trabalhador nas UBSFs que tenham 10 anos ou mais de credenciamento, critério escolhido intencionalmente apenas como forma de delimitar o número de Unidades de saúde onde seriam realizadas a pesquisa; expressar consentimento mediante assinatura do TCLE.

Foram excluídos do estudo profissionais das ESFs da Zona Rural, pela dificuldade

de transporte; os que estavam de férias, licença e atestado médico no momento da coleta de dados; e ainda os que não assinaram o TCLE.

Os profissionais em conformidade com os critérios de inclusão foram categorizados da seguinte forma:

Tabela 1: Distribuição dos profissionais por categoria nos setores sanitários urbanos nas equipes com 10 anos ou mais de credenciamento - Uberlândia-MG, 2019.

Categoria	Número de Profissionais	Percentual (%)
Médicos	33	11%
Enfermeiros	34	11%
Técnico/auxiliar de enfermagem	59	19%
Agentes Comunitários de saúde	160	52%
Assistentes sociais	20	6%
Coordenação do Serviço Social	03	1%
TOTAL	309	100%

Fonte: Elaborada pelas autoras com base no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde-CNES, abril 2019.

3.2 Instrumento e Técnicas de Coleta de Dados

Para a coleta de dados realizada com o grupo dos profissionais da equipe de SF que atuam na ESF, utilizou-se um questionário autoaplicável, construído pelas pesquisadoras especificamente para a pesquisa. Este instrumento é constituído por questões de múltipla escolha sobre o perfil sócio demográfico e profissional, perguntas abertas relacionadas às ações do assistente social, e afirmações para medição da percepção sobre o papel do assistente social através de uma escala tipo Likert.

As escalas de Likert demandam que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à afirmações. Além do mais, uma das principais vantagens dessa escala, é que permite a amplitude de respostas, apresentando informações mais concretas da opinião do respondente em relação a cada afirmação (MATTAR, 2001).

Após contato com as coordenações das equipes de saúde e programação prévia, o questionário foi entregue pessoalmente para os participantes, em envelopes individuais e sem identificação. Foram respondidos por eles no momento mais oportuno, e agendado posteriormente a devolução para a pesquisadora.

Simultaneamente, foi realizado um grupo focal, com os assistentes sociais que atuam na ESF. Para Minayo (2008) um dos grandes benefícios do grupo focal se baseia na

habilidade das pessoas construírem e reformularem conceitos e atitudes, a partir da interação com outras pessoas. Seguindo os critérios de inclusão, vinte profissionais atuantes foram convidados, através de contato telefônico, para participar do grupo. Apesar de doze assistentes sociais confirmarem presença, nove profissionais compareceram no dia do encontro. O grupo teve duração de duas horas, suficiente para o objetivo da coleta de dados, foi conduzido pela pesquisadora, como moderadora, e contou com a participação de uma observadora para registro de informações, além da gravação.

Quanto ao número de participantes no grupo focal, o ideal é que o total alterne entre um mínimo de seis e um máximo de doze participantes (CHIESA; CIAMPONE, 1999). Ou ainda, o melhor tamanho para um grupo focal é aquele que permite a efetiva participação de todos os componentes (PIZZOL, 2004).

O grupo focal oportuniza a reflexividade das opiniões entre os participantes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009). A condução do grupo objetivou a discussão sobre a trajetória profissional, avaliação e reflexão da prática, percepções sobre as ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho, reconhecimento e valorização profissional, ademais, o grupo proporcionou um espaço para exteriorização de sentimentos reprimidos, desconstrução e construção de conhecimento.

Igualmente, visando conhecer a trajetória do serviço social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, seus avanços, desafios e perspectivas; sucedeu-se uma entrevista semiestruturada com as assistentes sociais que estão na coordenação do serviço social. A entrevista é conveniente para identificar a percepção das pessoas sobre o mundo, pois ao priorizar o discurso do sujeito social, torna-se possível alcançar o entendimento da realidade humana (FRASER; GONDIM, 2004).

Por isso, a entrevista semiestruturada com a coordenação do serviço social, contribuiu para entender o contexto que se deu o crescimento da profissão na saúde no município, a sua consolidação no ambiente de trabalho, e também instigou a reflexão em relação às conquistas e retrocessos vividos.

3.3 Análise dos Dados

A coleta e análise dos dados foram orientadas pela pesquisa quantitativa e qualitativa. Para tratamento dos dados quantitativos, foi utilizada a técnica de análise estatística descritiva, organizados em base de dados, utilizando planilha de Microsoft Excel. O método descritivo

objetiva proporcionar informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da amostra estudada (MATTAR, 2001). Com base no conceito, percebe-se um consenso com REIS, E.; REIS, I., ao afirmar que:

Utilizamos métodos de Estatística Descritiva para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos. As ferramentas descritivas são os muitos tipos de gráficos e tabelas e também medidas de síntese como porcentagens, índices e médias (REIS, E.; REIS, I., 2002, p.5).

Para tratamento dos dados qualitativos, foi utilizado o método análise de conteúdo temática. Bardin (2011) explica que essa técnica, organiza o discurso de forma sistemática com a finalidade de interpretá-lo. Diante disso, esse é um dos métodos indicado em pesquisas qualitativas no campo da saúde, pois contempla as investigações de forma abrangente e objetiva encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (MINAYO, 2007).

A entrevista e o grupo focal foram gravados e transcritos na íntegra. A análise de conteúdo temática foi realizada, conforme proposto: (MINAYO, 2007; BARDIN, 2011):

Pré-análise: fase da organização e planejamento; leitura do material para aprofundar o conhecimento do conteúdo (leitura "flutuante"); escolha do material que pode conter respostas para a problemática estudada (corpus); considerar todos os elementos do material escolhido (exaustividade); o material representa o universo da pesquisa de forma confiável e verdadeira (representatividade); obedecer a temática estudada (homogeneidade); os conteúdos devem responder aos objetivos da pesquisa (pertinência); retomada e reformulação de hipóteses e objetivos se necessário.

Exploração do material: análise sistemática do texto.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: evidenciar os resultados obtidos para interpretações significativas.

3.4 Aspectos Éticos

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 05881118.0.0000.5152 e parecer: nº 3.153.877, e posteriormente com emenda aprovada CAAE: 05881118.0.0000.5152 e parecer: nº 3.506.226 e ainda, autorizada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG.

A coleta de dados através de questionário autoaplicável e entrevista semiestruturada aconteceu em horário e local de escolha do participante, visando privacidade e sigilo.

O encontro do grupo focal foi realizado na sala de reunião privativa do CRESS-MG, em horário e data acordado anteriormente com a coordenação e profissionais participantes e sem custo para os mesmos. Foram informados sobre a importância do sigilo relacionado às discussões do grupo, sendo identificados por número, aleatoriamente.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, os instrumentos aplicados e as técnicas de coleta de dados utilizadas. Após consentirem e assinarem o TCLE, uma cópia foi entregue para cada participante.

4. RESULTADOS

4.1 Artigo 1

Percepção dos profissionais de saúde da equipe de saúde da família sobre o papel do assistente social

Perception of family health team health professionals on the role of the social worker

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi identificar o perfil dos profissionais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família no município de Uberlândia, Minas Gerais, e analisar a percepção desses profissionais sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família. O estudo utilizou abordagem quali-quantitativa a partir de questionário autoaplicável. Os resultados demonstraram que os profissionais de saúde não têm clareza das ações do assistente social na Estratégia Saúde da Família, por isso é fundamental a organização de espaços de debate que possam esclarecer as atribuições e práticas do assistente social.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde, Assistente Social, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the profile of the health professionals that make up the Family Health team in the city of Uberlandia, Minas Gerais, and to analyze the perception of these professionals about the role of the social worker in the Family Health Strategy. The study used a qualitative and quantitative approach based on a self-administered questionnaire. The results showed that health professionals are not clear about the actions of the social worker in the Family Health Strategy, so it is essential to organize spaces for debate that can clarify the duties and practices of the social worker.

Keywords: Basic Health Unit, Social Worker, Family Health Strateg

INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido recentemente, acerca da Saúde e dos Direitos Sociais, inclusive, esses foram assuntos debatidos na 16ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília-DF, de 4 a 7 de agosto de 2019, na qual, o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) marcou presença em defesa da Seguridade Social e da Saúde Pública, como um direito de todos, além de fortalecer o diálogo interdisciplinar com profissionais de saúde participantes.

Na saúde pública atua um notável número de assistentes sociais, e o SUS é considerado um dos maiores sistemas de Saúde Pública do mundo. Foi criado em 1988 pela Constituição Federal, amparado por um conceito ampliado de saúde, visando garantir o direito à saúde de toda a população (BRASIL, 2017).

De acordo com Brasil (2013), foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que o Movimento de Reforma Sanitária mostrou sua força. Com a participação histórica de mais de cinco mil participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada, a 8ª Conferência foi um evento inédito. Dessa forma, o SUS é uma conquista popular, nascido das manifestações em prol da democracia, ocorridas a partir da década de 70, como o movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006).

Um dos marcos históricos para a sua criação foram os debates de ideias ocorridos na 8ª CNS, que inspirou o texto sobre a Saúde da Constituição Federal Brasileira de 1988, que, por sua vez, impulsionou a elaboração da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta, a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (BRASIL, 2010, p.19).

O contexto atual da Política Nacional de Saúde, que tem como um dos eixos norteadores, o modelo da Atenção Primária, privilegia o trabalho multiprofissional, e observa-se grandes avanços nesse sentido. O assistente social surge nesse cenário como um promotor da cidadania e de estratégias que estimulem a consolidação das Redes Sociais e de Atenção à saúde, contribuindo para o avanço de ações intersetoriais, tão necessárias no cuidado em saúde (QUINTINO et al, 2012).

Nessa concepção, o assistente social como integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) encontra um aliado que tem como princípios e diretrizes: a abordagem integral do indivíduo, práticas de saúde com ações integrativas, garantia de acesso às redes de atenção à saúde, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, território, educação permanente, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

O NASF-AB se apresenta como uma política pública estratégica, na qualificação dos processos da Estratégia Saúde da Família (ESF), porque além dos profissionais exercitarem o gerenciamento e planejamento do próprio trabalho, ele estimula práticas inovadoras, que podem provocar mudanças na rotina de trabalho da equipe de saúde. (ARCE; TEIXEIRA, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária (AP). Busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do SUS (BRASIL, 2017). E apesar de já ter contribuído para ampliação da cobertura de Saúde, a ESF, ainda tem um grande potencial para transformar o modelo de Atenção à saúde no SUS, no âmbito da universalização e da integralidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Ainda de acordo com Quintino et al (2012), considerando a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, a compreensão do assistente social de que a realidade e a dinâmica social interfere nas condições de vida e saúde, o torna um dos profissionais com maior preparação para reconhecer riscos e atuar preventivamente de forma multi e interdisciplinar, na área da saúde.

O assistente social na ESF, pode auxiliar a equipe na ruptura do atendimento em saúde apenas curativo e individual, promovendo debates sobre as influências dos fatores sociais no processo saúde-doença (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

É importante ressaltar que a equipe de SF exigida pelo Ministério da Saúde (MS) para credenciamento de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) deve ser constituída por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (PNAB, 2017).

Tendo em vista que o NASF-AB não se configura como porta de entrada na ESF, os profissionais de saúde da equipe de SF, devem fazer um acolhimento e uma classificação de

risco dos casos que necessitam de apoio do assistente social. Diante disso, o objetivo desse artigo é conhecer como os profissionais de saúde da equipe, compreendem as ações do/da Assistente Social na ESF.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do assistente social na ESF pode impactar no desenvolvimento da sua prática profissional, por isso a pesquisa visa contribuir para a identificação do papel do AS na visão da equipe de SF, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e mecanismos para a melhoria da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo e exploratório descritivo, cujo método de construção dos dados ocorreu através de questionário autoaplicável nas equipes da ESF com 10 anos ou mais de funcionamento, contados a partir do credenciamento no Ministério da Saúde e situadas na área urbana da cidade. O instrumento de coleta dos dados foi constituído por questões sócio demográficas, atuação profissional, perguntas de livre resposta sobre as atividades desenvolvidas pelo assistente social e afirmações com uso de escala Likert para medir a percepção por meio do grau de concordância ou discordância.

De acordo com Mattar (2001) uma das principais vantagens dessa escala é que permite a amplitude de respostas, apresentando informações mais concretas da opinião do respondente em relação a cada afirmação. Essa estrutura proporcionou informações necessárias para identificar e conhecer a percepção dos profissionais em relação ao papel do assistente social na ESF.

Para compor o universo da pesquisa foram selecionados 286 profissionais de saúde que constituem a equipe mínima das equipes de saúde com 10 anos ou mais de credenciamento. Dentre os 286 profissionais, 48 foram excluídos da pesquisa porque no período de coleta estavam de férias, licença ou não assinaram o TCLE. Sendo assim, 185 profissionais responderam o questionário, ou seja, 77,73% .

A definição da amostra deu-se pelo método de amostragem não-probabilística de abordagem intencional, pois já se tinha conhecimento prévio de alguns elementos que compõem a amostra, como: categoria profissional, local da pesquisa (UBSFs) e os objetivos esperados.

No tratamento dos dados quantitativos foi utilizada a técnica de análise estatística descritiva, ou estatística simples. Os dados foram organizados em base de dados, analisados, comparados e interpretados sob múltiplas vertentes (MATTAR, 2001).

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 05881118.0.0000.5152 com emenda CAAE: 05881118.0.0000.5152) e autorizada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a coleta de dados através do questionário aconteceu em horário e local de escolha do participante, visando privacidade e sigilo.

RESULTADOS E DICUSSÃO

Os protocolos de encaminhamentos são documentos utilizados na ESF, para organizar o processo de trabalho e orientar os profissionais de saúde, sobre situações que precisem ser encaminhadas para outros profissionais ou serviços. Como integrante do NASF, o assistente social, na maior parte das vezes, recebe encaminhamentos dos profissionais que compõem a equipe mínima das unidades de saúde.

Fundamentado nos parâmetros de atuação da profissão na saúde, os encaminhamentos para o serviço social tem como as principais ações: prestar orientações e realizar abordagens individuais e coletivas, facilitar o acesso e a garantir direitos aos usuários do serviço, realizar visitas domiciliares e institucionais, trabalho com famílias, entre outros.

No entanto, o assistente social é norteado pelo projeto ético-político da profissão que estabelece sua atuação elencada com a realidade e a dinâmica social. Nesse sentido, podem surgir demandas que não estejam especificadas em fluxos e protocolos, e por isso é essencial que os profissionais de saúde compreenderem a extensão do trabalho do serviço social, objetivando o acesso e atendimento de qualidade dos usuários do serviço de saúde.

Os profissionais de saúde do município de Uberlândia são divididos em quatro setores sanitários de saúde no meio urbano. Dos participantes da pesquisa, 44% eram do setor sul, 29% do setor oeste, 24% do setor Leste e 3% do setor Central-Norte. A representatividade do setor sul se justifica porque é onde se situa mais unidades de saúde com 10 ou mais de credenciamento, enquanto no setor Central-Norte tem apenas uma que encaixa nesse critério.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais de saúde das equipes de ESF, segundo o perfil sócio demográfico, Uberlândia – MG - 2019

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem
Gênero	Feminino	171	92%
	Masculino	14	8%
Escolaridade	Ensino Fundamental	4	2%
	Ensino médio	115	62%
	Graduação	36	19%
	Pós-Graduação	30	16%
Profissão	Médico(a)	13	7%
	Enfermeiro(a)	26	14%
	Auxiliar/técnico de enfermagem	37	20%
	Agente Comunitário de Saúde	109	59%

Fonte: Dados originais da pesquisa, julho 2019.

Segundo a Tabela 1, entre os profissionais de saúde participantes, 8% foram do gênero masculino e 92% do gênero feminino, apresentando a profissão de ACS com maior número de profissionais (59%) em relação as outras.

Além dos dados da tabela 1, a pesquisa também apontou que o gênero feminino possui idade média de 40 anos, sendo a mínima de 21 e a máxima de 67 anos, enquanto o gênero masculino possui idade média de 30 anos, com mínima de 24 e máxima de 44 anos, o que demonstra uma heterogeneidade entre as/os profissionais.

Quanto a escolaridade, o Ensino Médio predominou (62%), seguido pela Graduação (19%) e Pós-graduação (16%), evidenciando assim, que grande parte dos graduados também possuem pós-graduação. O nível fundamental representa apenas 2% dos participantes, que são ACS's e destaca-se como o maior número de respondentes (59%), por constituir na ESF, o maior número de profissionais nessa categoria; participaram também auxiliar/técnico/as de enfermagem (20%), enfermeiros/as (14%) e médicos/as (7%).

Quadro 1: Distribuição das respostas dos profissionais, segundo as afirmativas da escala de percepção, Uberlândia – MG - 2019.

Afirmativas	% respostas			Média	Desvio Padrão
	Concordância	Discordância	Não sei		
1. Existem muitas demandas sociais na Unidade de Saúde em que trabalha.	96,2	1,6	2,2	4,7	0,6
2. O Assistente Social é indispensável na Equipe da Estratégia Saúde da Família.	97,8	1,6	0,5	4,8	0,6
3. Você têm conhecimento no que o serviço social pode contribuir no desenvolvimento do trabalho em equipe.	95,7	1,1	3,2	4,7	0,6
4. O assistente social é integrante dessa equipe e trabalha de forma articulada com os outros profissionais de saúde.	93,0	5,4	1,6	4,6	0,8
5. Você têm dificuldade para realizar encaminhamentos ao Serviço Social por desconhecer o trabalho do profissional.	23,2	75,1	1,6	1,9	1,4
6. Você têm dificuldade em realizar encaminhamentos ao Serviço Social por falta de resolutividade.	31,9	64,9	3,2	2,3	1,6
7. Você realiza encaminhamentos para o assistente social apenas baseado no protocolo.	36,8	52,4	10,8	2,6	1,4
8. Você consegue identificar a necessidade do assistente social mesmo que não esteja no protocolo de encaminhamento.	90,3	3,2	6,5	4,5	0,8

Fonte: Dados originais da pesquisa, julho 2019.

No Quadro 1 é retratado os resultados referente as afirmações utilizadas para medir a percepção dos profissionais em relação as atividades, o papel e o processo de trabalho desenvolvido pelos/as assistentes sociais nas equipes de saúde em que atuam. Para as medições foi utilizada escala Likert de 5 (cinco) pontos (1- discordo totalmente, 2 - discordo parcialmente, 3 - não sei, 4 - concordo parcialmente e 5 - concordo totalmente), de forma que os dados foram mensurados da seguinte forma: valores percentuais de concordância (concordo totalmente e concordo em parte) e de discordância (discordo totalmente e discordo em parte). Essa é um tipo de escala sugerida quando o pesquisador objetiva comparar respostas obtidas (ALRECK ; SETTLE, 1995).

Para Oliveira (2001) a escala Likert tem a vantagem de mostrar a tendência sobre a posição do respondente mediante as afirmativas. Além do mais, as respostas adquiridas podem ser agrupadas e somadas com a finalidade de gerar resultados por grupo de itens.

Outra vantagem se deve a sua simples aplicação, pois o respondente tem a opção de concordar ou não com cada afirmativa indicada (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

Oliveira (2001), aponta como vantagem da escala Likert o fornecimento de direções sobre a posição do respondente em relação a cada afirmação

Após o questionário ter sido totalmente respondido, cada item pode ser analisado separadamente ou, em alguns casos, as respostas dadas podem ser somadas para criar um resultado por grupo de itens.

Para Silva Junior e Costa (2014) outra vantagem apresentada pela escala Likert é a sua simplicidade de aplicação, onde o respondente opta por concordar ou não com uma determinada afirmação,

Dentre os participantes da pesquisa, mais de 95% concordaram que as unidades de saúde em que trabalham têm um elevado número de demandas sociais, que o/a assistente social é indispensável na equipe e que possuem conhecimento sobre quais situações ele/a pode contribuir, e aproximadamente 4% discordam das mesmas afirmações. Esses dados indicam que, poucas equipes de saúde não lidam com grande número de demandas sociais no território de abrangência, além de indicar também que essas demandas podem não estar sendo identificadas por esses profissionais.

Segundo os dados de uma pesquisa de campo sobre a contribuição e o papel do serviço social na Atenção Básica desenvolvida por Gonçalves (2011) foi possível observar que as equipes de saúde dos locais estudados apresentaram um conhecimento superficial sobre as ações do assistente social.

No que concerne às afirmativas sobre o/a assistente social ser integrante e trabalhar articulado/a com a equipe, e que conseguem identificar a necessidade do profissional, mesmo se determinada situação não estiver descrita no protocolo de encaminhamento, mais de 90% concordaram com as afirmativas, colaborando assim, principalmente para ações preventivas e para atenção à saúde em Rede.

Nessa perspectiva, é oportuno salientar que o sentido do trabalho em rede dificilmente é discutido a partir das necessidades e das demandas dos usuários, mas sim o que as instituições podem oferecer (MIOTO, 2011).

Como profissionais de saúde e até mesmo instituições, temos o hábito de impor aos usuários e às famílias, aquilo que acreditamos ser a melhor forma de cuidado e de modo de vida, sem considerar sua história, crenças e sua visão de mundo, produzindo como consequência, um atendimento falho e ineficaz. Para Yamamoto:

Assumir a defesa intransigente dos direitos humanos traz, como contrapartida, a recusa a todas as formas de autoritarismo e arbítrio. Requer uma condução democrática do trabalho do Serviço Social, reforçando a democracia na vida social. Afirmar o compromisso com a cidadania exige a defesa dos direitos sociais em sua expressão legal, preservando e ampliando conquistas da coletividade já legalizadas, quanto em sua realidade efetiva. À medida que os direitos se realizam, alteram o modo como as relações entre os indivíduos sociais se estruturam, contribuindo na criação de novas formas de sociabilidade, em que o outro passa a ser reconhecido como sujeito de valores, de interesses, de demandas legítimas, passíveis de serem negociadas e acordadas. Portanto, colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social. Essa é uma das frentes e luta que move os assistentes sociais nas microações cotidianas que compõem o seu trabalho (2012, p. 77-78).

Quanto aos encaminhamentos realizados para o Serviço Social, 95% responderam ter conhecimento de como o Serviço Social pode contribuir na equipe. Contudo, é importante ressaltar que 23% concordaram que possuem dificuldade nos encaminhamentos, por desconhecer o trabalho do assistente social. Esse resultado pode demonstrar um conhecimento superficial do papel do serviço social, sendo fundamental uma compreensão mais abrangente para subsidiar os encaminhamentos necessários.

Nesse mesmo sentido, Souza; Santos; Carrapato (2014) realizaram uma pesquisa sobre o serviço social na Atenção Básica que revelou uma compreensão básica da equipe sobre o papel do assistente social, porém, mesmo assim, tinham dificuldade de fazer os encaminhamentos necessários. O estudo também evidenciou que o serviço social não tinha espaços de discussão relacionados à prática profissional com a equipe, dificultando assim o desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Outra análise diz respeito a afirmativa nº 7, que evidenciou que 36,8% dos profissionais concordaram que realizam os encaminhamentos, apenas baseado no protocolo, e 10,8% não souberam responder. No entanto, na afirmativa nº 8, mais de 90% responderam que identificam a necessidade do/a assistente social mesmo que não esteja no protocolo. A partir dessas informações, é possível refletir que mesmo identificando uma situação que o/a assistente social pode contribuir, mas não está no protocolo, alguns profissionais não efetuam o encaminhamento, e/ou desconhecem quais circunstâncias devem ou podem acionar o Serviço Social.

Os valores da média e do desvio padrão indicam o valor central da variação das respostas e auxilia na compreensão da distribuição das respostas. Quanto menor o desvio padrão, maior a homogeneidade das respostas, o que é observado nas afirmativas 1, 2, 3, 4 e 8; e quanto maior o desvio padrão, maior a heterogeneidade das respostas, identificado nas

afirmativas de 5 a 7. Isso pode ser confirmado através da média, a qual faz a análise inversa no mesmo sentido, de forma que essa verificação correlativa representa a veracidade dos dados.

Em relação a composição do questionário, também foram incluídas três perguntas de resposta livre, sobre o papel do serviço social na ESF, segundo opinião dos profissionais, com a descrição de uma situação que acionaria o serviço social e comentários sobre o tema da pesquisa.

Quadro 2: Distribuição segundo as respostas dos profissionais em relação o papel do serviço social, Uberlândia – MG – 2019.

Respostas	% respostas
Auxiliar a equipe e a população nas demandas sociais	20
Encaminhamentos e orientações sociais	18
Resolver problemas sociais, financeiros, de saúde, familiares	16
Apoio e Ajudar pessoas	12
Articulador e Mediador	7
Acolhimento	6
Acompanhamento, visitas domiciliares	5
Garantir direitos e facilitar o acesso	5
Abordagem a famílias em risco social	4
Conhecer a realidade social	3
Agilizar consultas, procedimentos e planejamento familiar	2
Busca ativa	2
Total	100

Fonte: Dados originais da pesquisa, 2019.

A pergunta "Na sua opinião, qual o papel do serviço social na Estratégia Saúde da Família?", tiveram 171 respostas e estão representadas na quadro 2. Entre as respostas dos profissionais, a mais frequente foi: auxiliar a equipe e a população nas demandas sociais (20%), estando então em concordância com o SUAS, que propõe que o trabalho seja interprofissional e que demanda do assistente social, o papel de fortalecer os serviços destinados à superação de riscos sociais, que rechaça com a visão assistencialista, reconhecendo os benefícios como direito e entendendo que a assistência social deve ter uma dimensão de intervenção coletiva e não apenas individual (ALBUQUERQUE, 2011).

É importante destacar que, apenas 4% e 5% dos profissionais responderam "abordagem a famílias em risco social" e "garantir direitos e facilitar o acesso" respectivamente como papel do assistente social. De acordo com a política de assistência social (2004), o atendimento de famílias em risco ou vulnerabilidade é uma das principais

ações da política que possui caráter protetivo e atua na prevenção da violação de direitos, além do que o acesso e a garantia de direitos são práxis central na intervenção profissional do serviço social.

Ademais, responderam como papel do assistente social: os encaminhamentos e orientações sociais, a resolução de problemas e o apoio e ajuda às pessoas, totalizando 46% das respostas. Em meio à resposta de que o papel do assistente social é resolver problemas sociais, financeiros, de saúde e familiares, teve um profissional que ainda complementou relatando que o assistente social resolve problemas que "mais ninguém consegue."

Diante disso, Boschetti et al (2011), alerta que é fundamental o assistente social não se sentir responsável em solucionar todos os problemas sociais, pois também têm suas limitações profissionais no exercício do trabalho.

Essa mistificação de que o assistente social soluciona todos os problemas, pode sobrecarregar o profissional com demandas que não são atribuídas a ele, e impossibilitar o desenvolvimento de ações que tenham alcance de prevenção, promoção à saúde e mobilização social no território ou comunidade, e que se configurem de fato como atribuições do serviço social na saúde.

Nesse sentido, há um senso comum e até mesmo de outros profissionais, de que só o assistente social é responsável pela assistência, e que a assistência social deve atender apenas o pobre e a pobreza, o que muitas vezes é reforçado por discursos de gestores e de políticos. Essa visão equivocada restringe o acesso à proteção social, pela condição de pobreza, e não fundado no direito e na cidadania (SPOSATI, 2011).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) estabelece a Assistência Social como uma das políticas brasileiras de proteção social no contexto da Seguridade Social, ou seja, a política não é exclusiva do Serviço Social, e sim, mais uma ferramenta de atuação, assim como de outros profissionais que trabalham com a assistência (PNAS, 2004).

Sabe-se que não é uma profissão ou política social que efetuará a mudança societária, entretanto, diferente de outras profissões, o profissional do Serviço Social é orientado por um projeto ético-político que defende os direitos humanos, os direitos sociais, a sociabilidade baseada em valores emancipatórios e a socialização das riquezas, na luta contra a injustiça e desigualdades sociais (SPOSATI, 2011).

Quanto os 31% remanescentes acerca de qual é o papel do assistente social, foram apontadas respostas como: articulador e mediador, acolhimento, acompanhamento e visitas domiciliares, garantir direitos e facilitar o acesso, conhecer a realidade social, agilizar

consultas, procedimentos e planejamento familiar, busca ativa e abordagem a famílias em risco social.

Nota-se, com base no “Parâmetros para atuação do assistente social na Saúde” e no Código de Ética da profissão, que se posicionam a favor da equidade e justiça social e assegura a universalidade de acesso a bens e serviços corresponde aos programas e políticas sociais (BRASIL, 2012), que as respostas retratadas com menor frequência são condutas indispensáveis para o desenvolvimento da prática do assistente social na ESF de forma multidisciplinar e interdisciplinar.

Além disso, a interdisciplinaridade consiste na interação de conhecimentos e integração de saberes, respeitando a especificidade de cada um, mas em função de um objetivo comum. O assistente social, sendo componente do NASF-AB, se relaciona multi e interdisciplinarmente com a equipe, e nesse sentido, é fundamental que tenha clareza das suas reais competências e atribuições, porque às vezes a falta de recursos financeiros e materiais, no âmbito das instituições e da política de assistência contribuem para que o atendimento às demandas do usuário seja baseado na interpretação de cada profissional (GUERRA, 2011).

Portanto, a dificuldade do/da assistente social em compreender o próprio papel na dinâmica da sociedade e no ambiente de trabalho, propicia que outros profissionais tenham uma visão apenas de "solucionador de problemas," amparado pelas ações emergenciais no processo de trabalho.

A segunda pergunta do questionário solicitou descrever uma situação que o profissional acionaria o assistente social. Foram registradas 151 respostas e estão expressas na tabela 4.

Quadro 3: Distribuição segundo respostas do profissionais sobre em que situações acionariam o Serviço Social.

Respostas	% respostas
Abandono, negligência e maus tratos de incapaz, idosos e crianças	52
Planejamento Familiar	13
Violência e abuso sexual	9
Gestantes e crianças sem acompanhamento de pré-natal e vacinas	7
Encaminhamentos e orientações sociais	6
Famílias em situação de risco e vulnerabilidade social	5
Benefícios sociais	3
Famílias com dificuldades financeiras	3
Gravidez na adolescência	2
Total	100

Fonte: Dados originais da pesquisa, julho 2019.

De acordo com 52% dos profissionais, o serviço social seria acionado por eles nas situações que correspondem a casos de abandono, negligência e maus tratos de incapaz, idosos e crianças. Situações que envolvem planejamento familiar, violência e abuso sexual, gestantes e crianças sem acampamentos de pré-natal e vacinas, famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, encaminhamentos e orientações sociais, benefícios sociais, famílias com dificuldades financeiras, gravidez na adolescência e abordagem a famílias em risco social, representaram 49% das respostas.

Através das circunstâncias citadas no quadro 3, percebe-se que as políticas sociais no Brasil possuem uma tendência de segmentar os usuários, assim, temos políticas para adolescentes, idosos, mulheres, crianças entre outros, em vista disso, também podem conduzir os profissionais à ações fragmentadas e dificultar o discernimento das questões sociais e de saúde em serem identificadas como coletivas (GUERRA, 2011).

É possível observar que as situações descritas pelos profissionais de saúde são todas relacionadas as atividades mencionadas por eles como papel do assistente social na ESF. Dessa forma, os dados indicam que os encaminhamentos realizados pelos profissionais, são pautados na mistificação de que toda assistência social é exclusiva do profissional do Serviço Social.

Mediante o exposto, Sodré (2014) avalia que, por outro lado, o assistente social cumpre um papel indispensável de responder a demandas das expressões sociais que surgem no território e deve encaminhá-las ou mediá-las, em consonância com suas especificidades: vítimas de violência, abandono de idosos, maus-tratos a crianças ou mulheres em situação de vulnerabilidade social. Porém, a percepção dos profissionais deve transpor as demandas urgentes, com o propósito de desenvolver um trabalho social, crítico e educativo na ESF, através de discussões com os usuários do serviço sobre as políticas públicas e suas reais demandas, a fim de desenvolver a participação popular (OLIVEIRA, 2011).

Observa-se também que, grande parte dos encaminhamentos acontecem após a identificação de direitos que foram violados, seja coletivo, familiar ou individual. Esse procedimento indica que a ESF ainda precisa avançar muito no trabalho de prevenção e promoção à saúde.

A promoção à saúde é um processo de construção que além dos saberes técnicos também se agrega os saberes populares, visando a percepção sobre saúde, não apenas como ausência de doenças, mas analisada a partir de vários outros aspectos da vida de uma pessoa ou de uma comunidade. Essa prática deve envolver a participação de todos, desde os usuários

às associações de bairros, porque além da saúde, o foco é a intersectorialidade das ações, com o propósito de mudanças e transformações de hábitos e ambientes onde vivem e convivem as pessoas (SODRÉ, 2014).

Dentre as respostas que definiu o planejamento familiar como papel do assistente social, quatro delas se destacaram ao relatar que a atuação do assistente social no planejamento familiar está associada a famílias que não tem condições financeiras de ter filhos, aumento exagerado da população carente e controle de natalidade.

Os programas de planejamento familiar no Brasil, se iniciaram e expandiram a partir de 1965, em um cenário de Regime Militar, em que o objetivo era controlar a natalidade para evitar o rápido crescimento demográfico. Mas, a partir da década de 70, surge o Movimento de Mulheres, na luta por justiça e pelo direito de decisão sob o próprio corpo, a opção de ter filhos ou não, a quantidade e o intervalo de tempo entre eles.

Em 1984, a Organização das Nações Unidas (ONU), declarou o planejamento familiar como direito humano fundamental. No Brasil, a Constituição Federal (1988), § 7º do art. 226, determina que o planejamento familiar é de livre decisão do casal, e compete ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito. Assim, em 1996, a Lei nº 9263 é sancionada para regular o referido parágrafo e estabelece diretrizes, das quais entre elas se destacam: o planejamento familiar é direito de todo cidadão e orienta-se por ações preventivas e educacionais e é proibida a utilização das ações para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1988; 1996).

Perante o exposto, é imprescindível que o profissional de saúde conheça as políticas de saúde e a finalidade da sua execução. O assistente social como um dos profissionais operantes dessa política, a partir da viabilização do acesso e garantia do direito, também tem o compromisso de dialogar a respeito com a equipe para esclarecimentos dessas percepções, que decorrem do senso comum e vai ao encontro dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS na ESF.

Portanto, em concordância com Tavares e Miotto (2011), esse paradigma sinaliza que estamos trabalhando na dialética da responsabilização e criminalização das famílias, como se fossem culpadas pelas suas mazelas sociais e condições de pobreza.

Diante disso, é sabido que, a falta de condições financeiras para prover a subsistência própria ou familiar, é um dos resultados dessa crise econômica e social que se instalou e expande pelo país, e mesmo resistindo continuamente que a consolidação da profissão não aconteça através da administração da pobreza, é necessário compreender a profissão nessa

dinâmica, entretanto, as competências e a prática profissional não podem ser definidas por ela, devemos fomentar o acesso a bens e serviços, mas visando sempre a mobilização para ampliar a luta social pela universalização de todos os direitos (BOSCHETTI et al, 2011).

Em relação à terceira pergunta do questionário, 17% dos profissionais de saúde expuseram que o assistente social é importante e necessário para a Atenção Básica, que deveria compor a equipe da ESF, mas que também o tempo dispensado nas unidades de saúde não é suficiente para atender todas as demandas repassadas, e que deveriam melhorar a comunicação e a interação com as equipes. Por fim, consideraram a pesquisa relevante para a melhoria e qualificação do trabalho.

A partir dos dados estudados, foi possível identificar que médicos e enfermeiros têm um entendimento mais assertivo sobre o papel do serviço social em comparação com os ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Como profissional do NASF-AB, o assistente social está inserido em duas ou três equipes de saúde, sendo compelido a dividir sua carga horária de trabalho, segundo as demandas de cada unidade, porém, às vezes não é suficiente para realizar as ações requisitadas.

Em função da vigente segmentação e fragmentação do trabalho e das demandas urgentes no ambiente de atuação, o assistente social não consegue constituir espaços de debates para esclarecimento das suas atribuições e competências com outros profissionais (BRASIL, 2010).

Sendo assim, para organização do processo de trabalho, é fundamental refletir se as demandas solicitadas são atribuições do/a assistente social e se a equipe desconhece as competências do profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou uma análise da percepção sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família pelos profissionais de saúde que compõem a equipe mínima da Unidades Básicas de Saúde da Família. Além disso, também permitiu uma pesquisa de campo objetivando a obtenção de dados sobre o perfil dos profissionais de saúde e o conhecimento das ações desenvolvidas pelo profissional do serviço social.

Os resultados do estudo demonstram que mesmo tendo ciência da contribuição do profissional de Serviço Social para a equipe, um número considerável de profissionais da equipe de saúde da família possui uma compreensão superficial sobre o papel do assistente social, e assim apresentam dificuldades para realizar os encaminhamentos necessários, ou seja, não possuem dimensão da práxis desenvolvida pelo assistente social na ESF. Dessa forma, também é possível confirmar que a maior parte dos encaminhamentos realizados é restrito apenas às orientações que constam nos protocolos.

Ademais, os resultados evidenciaram que o/a assistente social é um profissional requerido e necessário na ESF, entretanto, é sobrecarregado e pressionado com demandas urgentes que, em alguns casos, não são atribuições e competências específicas dele/a.

Deste modo, é primordial que o/a profissional do Serviço Social reflita sobre sua práxis cotidiana, tenha ciência e domínio das suas competências e compreenda os princípios fundamentais que orienta a profissão, pois muitas situações são decorrentes da dinâmica e da realidade social, e é nesse contexto que o profissional precisa entender sua inserção no exercício do trabalho.

Sendo assim, mediante os resultados apresentados, recomenda-se que o assistente social crie e/ou viabilize espaços de discussão sobre as atribuições e competências da profissão nas equipes de saúde em que estão inseridos com o propósito de elucidar a dimensão da sua prática e atuação.

Portanto, os resultados da pesquisa são fundamentais para planejamento de estratégias que objetivam melhor atuação profissional no atendimento aos usuários do sistema de saúde, com foco na promoção à saúde, mobilização social, participação democrática, visibilização e viabilização dos direitos sociais, no desenvolvimento da autonomia e na emancipação social.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE S. **Balanco crítico do SUAS e o trabalho do assistente social**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 72-83.

ALCANTARA LS.; Vieira JMW. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades**. Textos e contextos (Porto Alegre), vol.12, nº 2, jul/dez 2013, pag 334-348. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/14332/10744. Acesso em: 09 ago. 2019.

ALRECK P., Settle R. **The Survey Research Handbook**. 2º ed. Boston, MA:Irwin/McGraw-Hill, 1995. Disponível em: <https://trove.nla.gov.au/work/11700610>. Acesso em 17 ago. 2019.

ARCE VAR.; Teixeira CF. **Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)**. Saúde debate. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0228.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

<https://doi.org/10.1590/0103-11042017s317>

BOSCHETTI, IS et al. **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**. In: Seminário Nacional, 1., 2009, Rio de Janeiro. Seminário Nacional: O trabalho do/a Assistente Social no SUAS. Brasília: CFESS, 2011. p. 1 - 314. Disponível em: www.cfess.org.br. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Presidência da República. **Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Brasília, 15 jan 1996. Seção 1, p.1-3.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/681-institucional/40029-sistema-nacional-de-saude>. Acesso em: 09 ago. 2019.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 11 ago. 2019.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Saúde**. Brasília, 2017.

GONÇALVES, M. **A inserção do serviço social na estratégia de saúde da família – ESF**. *Ágora* : revista de divulgação científica, v. 18, n. 1, p. 177-194, 15 abr. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/243>. Acesso em: 09 dez. 2019.

GUERRA I. **Condições de Trabalho e Projeto Ético-Político Profissional**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 271-290.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 15. ed. São Paulo, Cortez 2008.

MATTAR F.N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MIOTO E.C.T. **Família, gênero e assistência social**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 108-117.

OLIVEIRA T.M.V. **Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert**. FECAP, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm. Acesso em: 21 ago 2019.

OLIVEIRA H.C. **Assistência social, mobilização e educação popular**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011. p. 249-258.

QUINTINO T.D. et al. **As Contribuições do Assistente Social no Campo da Promoção da Saúde: desafios e possibilidades**. Rev APS. 2012 jul/set; 15(3): 345-355. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/14836/7904>. Acesso em: 09 ago. 2019.

SILVA JUNIOR S.D.; Costa FJ. **Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion**. PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014. Disponível em: www.abep.org/Servicos/DownloadPmktCiencia.aspx?id=1501. Acesso em: 21 ago. 2019

SODRÉ F. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. Rev. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/05.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100005>

SOUZA, Laura Letícia de, SANTOS, Lúcia Barboza dos; CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia. **O serviço social na atenção básica de saúde: a percepção dos profissionais da equipe técnica**. RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.18, n. 33, p. 01-50, jan./jun.2014. Disponível em: <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/139/186>. Acesso em: 09 dez. 2019.

SPOSATI A. **Assistência social em debate: direito ou assistencialização?**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 32-51.

TAVARES M.H.S. **Família, Gênero e assistência social**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011. p. 132-141.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Sala de aula series, nº3. 237 p. ISBN 978-85-232-0920-9. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

4.2 Artigo 2:

O papel do Assistente Social: visão dos assistentes sociais que atuam na Estratégia Saúde da Família

The role of the social worker: view of social workers who work in the Family Health Strategy

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo analisar e compreender a visão de assistentes sociais sobre o papel do serviço social na ESF. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa através de Grupo Focal. Os resultados evidenciam que os assistentes sociais compreendem seu papel na ESF, mas também possuem dificuldades em definir todas as suas ações. Portanto, sugere - se espaços de compartilhamento, estudo e discussão da categoria, a fim de aprofundar o entendimento do projeto ético-político da profissão.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Assistente social; Saúde.

ABSTRACT

Esse estudo teve como objetivo analisar e compreender a visão de assistentes sociais sobre o papel do serviço social na ESF. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa através de Grupo Focal. Os resultados evidenciam que os assistentes sociais compreendem seu papel na ESF, mas também possuem dificuldades em definir todas as suas ações. Portanto, sugere - se espaços de compartilhamento, estudo e discussão da categoria, a fim de aprofundar o entendimento do projeto ético-político da profissão.

Keywords: Family Health Strategy; Social worker; Cheers.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo; a sua criação assegurou o acesso integral, universal e gratuito para toda população, em conformidade com a Constituição Federal (CF) de 1988, estabelece a Saúde como direito de todos e Dever do Estado. É constituído por uma extensa e abrangente rede de serviços, entre eles, a Atenção Básica (AB), que se configura como um dos primeiros níveis de Atenção à Saúde (BRASIL, 2019).

A AB é considerada a "porta de entrada" dos usuários e é orientada por princípios como acessibilidade, coordenação e continuidade do cuidado integral, equidade e essencialmente da participação social (BRASIL, 2017).

Para a organização e fortalecimento desses serviços, a AB utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem como atribuição a efetivação de estratégias de trabalho baseadas no conhecimento da realidade das pessoas, através do cadastramento e diagnóstico do território (BRASIL, 2017).

Esse diagnóstico é necessário para nortear a ESF no atendimento e na articulação de acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS objetivam superar a fragmentação do sistema, focadas na qualificação da Atenção Primária (AP) como coordenadora e ordenadora do cuidado integral, considerando as tendências das condições de saúde na sociedade contemporânea (MENDES, 2011).

É nesse cenário que o Serviço Social se faz cada vez mais necessário como parte da equipe na ESF. Bravo e Matos (2006) afirmam que, uma nova concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, definindo saúde para além da ausência de doença, como um estado de bem-estar físico, mental e social, contribuiu para a inserção do assistente social na saúde como parte da equipe multidisciplinar.

Ademais, as referências que permeiam os debates do Serviço Social têm grande similaridade com as propostas da Reforma Sanitária na defesa de um país mais justo e igualitário. O movimento da Reforma Sanitária na década de 70 resultou na 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), uma das mais importantes Conferências para a reestruturação da nova CF de 88, em que estabeleceu a Seguridade Social, Saúde, Educação e Previdência, como pilares da proteção social (BRAVO; MATOS, 2006).

Pode-se dizer que em consonância com o movimento, o Serviço Social passa por uma ruptura com o conservadorismo ainda presente na profissão na década de 80, e institui em 1993 o Código de Ética (CE) do/a assistente social, instrumento crucial como norteador da práxis frente às demandas sociais que se apresentam na complexa realidade que atuam. Todos os princípios fundamentais estabelecidos no CE são baseados na liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social dos indivíduos (VASCONCELOS et al, 2006).

Sendo assim, é possível afirmar que os princípios da profissão estão em sintonia com a CF de 88 e as ações da ESF, pautadas no conceito ampliado de saúde, que considera os determinantes sociais no processo saúde-doença da população (TEIXEIRA; NUNES, 2006).

Na ESF o/a assistente social é integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado em 2008 pelo MS e atualizado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) a partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. O objetivo do NASF é ser uma equipe multidisciplinar que trabalhe de modo integrado e resolutivo junto à equipe de AB (BRASIL, 2017).

No entanto, para que a saúde de fato seja pensada a partir de um conceito ampliado, Ribeiro (2009) reitera ser necessário que o assistente social e os demais profissionais tenham clareza de que, como membro do NASF, devem também incorporar e atuar diretamente na equipe de saúde, visando estratégias que sejam eficazes no atendimento às demandas do território.

Portanto, entender como os assistentes sociais compreendem e definem suas ações na ESF é fundamental para identificar como se organiza o processo de trabalho e os impactos da prática profissional na atuação concomitante com a equipe de saúde e a população adscrita.

O presente estudo tem como objetivo analisar a visão dos assistentes sociais sobre o papel do serviço social desenvolvido na ESF e compreender como suas ações são percebidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde, de Uberlândia, Minas Gerais.

MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo exploratória com abordagem qualitativa. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2009), a pesquisa qualitativa proporciona uma análise mais profunda da realidade, pois ela considera os fatores subjetivos que não podem ser avaliados de forma quantitativa nos processos e nas relações sociais.

Foi realizada em 2019, no município de Uberlândia, Minas Gerais, com 09 assistentes sociais que aceitaram o convite e atuavam na ESF no momento da pesquisa. As profissionais participantes atenderam os seguintes critérios de inclusão: atuar nas UBSFs dos setores urbanos que tenham 10 anos ou mais anos de credenciamento, critério escolhido intencionalmente apenas como forma de delimitar o número de Unidades de Saúde onde seria realizada a pesquisa; estar no exercício de sua função no momento da coleta de dados, e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi aplicada a técnica de Grupo Focal (GF) e um questionário para identificação do perfil do grupo. O GF oportuniza a reflexividade das opiniões entre os participantes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

O encontro do GF foi realizado em sala de reunião privativa do CRESS-MG, no horário e data acordados anteriormente com as profissionais participantes, identificadas por número aleatório e sem custo para elas. A sessão foi áudio-gravada e transcrita na íntegra, com duração de duas horas, suficiente para o objetivo da pesquisa e conduzida pelas pesquisadoras.

Para tratamento dos dados qualitativos, foi utilizado o método análise de conteúdo temática, conforme proposto por MINAYO, 2007; BARDIN, 2011:

1 - Pré-análise: fase da organização e planejamento.

2 - Exploração do material: análise sistemática do texto e categorização.

3 - Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: evidenciar os resultados obtidos para interpretações significativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 05881118.0.0000.5152 e parecer: nº 3.153.877, e ainda, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia-MG.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, os instrumentos aplicados e as técnicas de coleta de dados utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O GF foi composto por nove assistentes sociais do sexo feminino (100%), com faixa etária entre 33 e 52 anos (100%), distribuída nos setores Central-Norte (22,2%), Oeste (55,5%) e Sul (22,2%); apresentaram tempo médio de 10 anos de formação em Serviço Social e média de 05 anos de atuação na ESF.

Quanto à escolaridade, 88,8% declaram possuir pós-graduação em Serviço Social, sendo 08 com especialização e 01 com mestrado. Os dados também mostram que 77,7% tinham o vínculo de trabalho celetista através de Organizações Sociais (OS), enquanto apenas 22,2% tinham regime estatutário pela Prefeitura Municipal de Uberlândia.

Para a discussão dos resultados, as categorias e subcategorias foram organizadas e apresentadas conforme elaboradas:

- Categoria 1 e subcategorias - Serviço Social na Saúde: Escolha da Profissão; Atividades desenvolvidas; Papel do assistente social.

- Categoria 2 e subcategorias - Serviço Social e Trabalho multiprofissional: Interação com a equipe; Percepção sobre os encaminhamentos; Dificuldades e limitações na prática profissional.
- Categoria 3 e subcategorias – Saúde e Trabalho: Valorização pelos outros profissionais; Conjuntura atual e avaliação dos resultados do trabalho; Reflexão profissional.

Serviço Social na Saúde

O serviço social desenvolve suas ações a partir da realidade na qual se inserem os indivíduos, por isso é um/a profissional que atua na dinâmica social. A realidade por ser dinâmica, está em constante transformação, e é nesse contexto que se apresenta a questão social, conforme definida por Yamamoto (1999, p.27) é “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista”.

Fundamentado no conceito ampliado de saúde, os determinantes sociais são condições que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde para o atendimento da população. Dessa forma, é possível dizer que demandas cada vez mais crescentes se manifestam como questões sociais no setor de saúde. Em vista disso, tornou-se uma das áreas com maior número e atuação de assistentes sociais (RIBEIRO, 2009).

Além disso, em similaridade com os princípios do SUS, o projeto ético-político do Serviço Social defende a liberdade como valor ético central, através da equidade e da justiça social, da universalização do acesso e da ampliação e consolidação da cidadania (NETTO, 2006).

A partir das declarações do grupo, observou-se que algumas motivações das profissionais para escolher a formação em Serviço Social já apresentavam conformidade com as concepções da profissão:

O serviço social pra mim, a profissão de assistente social foi um achado, como uma “missão mesmo”. [...] quando vejo algo fico inquieta, não aceito injustiça, me incomoda, busco levar cidadania às pessoas, não é só questão de assistencialismo, levar justiça, mais igualdade, tentar minimizar o sofrimento das pessoas, fazer com que tenham acesso as políticas, programas [...] (P1)

Pra mim a escolha da profissão, primeiro é um Dom, e tem que ter afinidade, porque se não tiver afinidade você não faz bem feito, e a nossa profissão está mexendo com vidas, então você não pode intervir de qualquer maneira;

então acho que começa por aí [...] Desde pequena me sentia mediadora, principalmente na família, isso tá na gente. (P6)

Contudo, outras participantes relataram escolher a profissão a partir de uma experiência pessoal e/ou profissional:

Trabalhei em um grupo empresarial como secretária, que mexia com peão de fazenda e tinha muitas demandas. Sou técnica de saúde bucal, estagiei em um projeto de escovação nas escolas e pensava, o dentista vai cuidar da boca, e o resto? Deparava nas escolas com vários questionamentos. Mas pensava: faltava algo, qual profissão que vai ligar esse povo todo? Aí resolvi fazer Serviço Social. (P2)

Minha escolha da profissão veio numa época sofrida, que foi o falecimento da minha mãe, da forma que eles vieram trazer a notícia, como aconteceu, eu ficava olhando a profissional e pensava assim: gente mas nesse momento tá tão doído, será se tem que ser assim?! Aí depois de um tempo, eu pensei, vou fazer e ser, fazer de uma forma diferente. Porque é isso mesmo, colocar no lugar do outro. (P8)

Santos e Becker et al. (2005; 2012) mostram que crenças, família, religião e situação política do país são alguns elementos que podem influenciar na decisão da escolha profissional.

Para além dos fatores que motivaram a escolha da profissão, o/a assistente social precisa estar preparado/a profissionalmente para desempenhar um papel efetivo na garantia dos direitos, ao mesmo tempo em que lida com demandas urgentes no cotidiano, decorrentes do paradoxo entre capital e trabalho, através de políticas públicas e sociais cada vez mais carentes no atual contexto sócio político (NETTO, 2005; IAMAMOTO, 2007).

Trindade (2009) mostra que na prática, as ações dos/as assistentes sociais na saúde estão mais focadas em atendimentos individuais e decorrentes de solicitações emergenciais. Em relação às atividades desenvolvidas nas UBSFs, as assistentes sociais relataram no grupo:

[...] os pacientes pensam que você tem autonomia para conseguir exames, mudar na fila, mudar classificação. Mas é difícil, por mais que a gente fale, os administrativos já encaminham pra nós quando chegam. (P1).

Eu falo que o assistente social é um profissional “completo”. Ele tem essa visão muito ampla de tudo [...] o assistencialismo sempre vai existir, não tem jeito, se você vir uma pessoa precisando de um calçado, uma blusa de frio, isso nos incomoda, mas não é só fazer o assistencialismo. [...] às vezes fazemos algo fora das atribuições por causa da parceria com outro profissional, porque depois também pode precisar dele. (P2)

Sobre realizar ações fora das atribuições devido a parceria profissional, uma das participantes argumenta:

[...] não só por isso, mas também faz pelo paciente. (P4)

Após a fala das participantes 2 e 4, o grupo manifestou concordância com as exposições, mas com ressalvas, de forma que foi complementado:

[...] mas é que aí você vai entender por que motivo ele chegou na necessidade da blusa de frio. [...] É esse diferencial que a gente consegue trazer para nossa práxis. Na fala da part.4 “a gente faz pelo paciente” temos que ter cuidado, porque se você começa a fazer coisa demais que foge do seu papel, uma hora se prejudica. Chama quem é de competência superior pra discutir possibilidades de mudanças, porque senão vira uma constância, vou ficar insatisfeita, e quando faço coisas demais que não é específica da minha área, eu estou deixando de fazer o meu serviço. (P6)

Sobre atividades fora das atribuições, só fazem com a gente o que permitimos. Se não tivermos uma postura firme, claro que há flexibilidade, mas tem coisas que estamos repassando, porque não temos uma cartilha e cada um trabalha de um jeito. Eu acho que nem todos nós temos essa consciência, do próprio profissional saber: o que é o meu trabalho? E posicionar nisso. (P3)

O Serviço Social na saúde tem como referência para suas atribuições e competências o documento “Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde” de 2008, cujo objetivo é orientar o desenvolvimento das ações profissionais de forma analítica e eficaz, e pode favorecer o conhecimento da equipe e a consolidação da prática do/a assistente social.

Qual é a dificuldade das pessoas ficarem cobrando coisas como se fossem próprias do serviço social?! [...] Nós como grupo vamos definindo, mas às vezes até pra nós é difícil, a gente tem que reunir pra discutir e chegar a um consenso, não está claro, e essa falta de especificação dificulta. Executar até que ponto?! O que seria o serviço social?! Então isso é uma dificuldade. (P4)

Esse documento foi construído historicamente com base no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social, e objetiva subsidiar a atuação e intervenção dos assistentes sociais na política de saúde em todos os níveis de atenção, considerando ao mesmo tempo a totalidade e as particularidades das suas ações (SOUZA, 2009).

Serviço Social e Trabalho Multiprofissional

Na avaliação de Farage (2011), os assistentes sociais são desafiados cotidianamente para desenvolver ações que alcancem a população usuária da Assistência Social. Através das discussões no grupo as participantes apontaram um desconhecimento dos outros profissionais a partir dos encaminhamentos recebidos, conforme narrativas a seguir:

Quando fala nessa falta de conhecimento, não só da equipe, mas também do usuário, é por não saber qual que é o papel do assistente social, porque se os nossos colegas de trabalho soubessem qual que é o nosso papel, eles não encaminhariam todos os usuários pra nós. Tem profissionais que encaminham tudo para o serviço social como se fossemos heróis ou corpo de bombeiros (P3)

Eu acho assim, que muita coisa se apresenta aparentemente como uma demanda simples... tem práticas, por exemplo, muito corriqueiras que eu vejo que é de uma cultura estabelecida pelo imaginário de não conhecer a profissão, por exemplo, a assistente social agiliza consultas especializadas, é uma cultura construída. Então desconstruir isso é um processo lento, moroso e que a gente precisa ser insistente. Muitas vezes me vejo matriciando a equipe, olha isso não precisa passar por mim, você pode explicar como funciona o fluxo da regulação, por exemplo, qualquer profissional da unidade pode orientar esse fluxo. Mas é um trabalho desgastante, repetitivo, aquilo sempre chega pra gente. (P9)

Como profissional do NASF, o/a assistente social deve trabalhar de forma integrada e sintonizada com a equipe de Saúde da Família. A habilidade de compreender suas próprias competências é essencial para desenvolver ações efetivas e conquistar o espaço profissional junto à equipe (NOGUEIRA, 2009).

O NASF é considerado uma equipe especializada e de apoio a AB. Porém, de acordo com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) o Serviço Social deve atuar diretamente com as famílias. Nesse sentido, Ribeiro (2009) avalia que trabalhar apenas como apoio, que se dá a várias equipes simultaneamente, pode não ser suficiente para uma práxis qualificada, pois é necessário conhecer o território e construir vínculo com a comunidade. Do contrário, as demandas apresentadas serão tratadas apenas de forma paliativa.

Fico em três unidades, e às vezes trabalhar a frustração profissional é muito difícil, porque tem unidade que vou apenas uma vez na semana, o sentimento que eu tenho é de apagar fogo, e é horrível isso. Atendo só coisas urgentes e uma atenção que eu deveria ter com determinado paciente não consigo porque já tem outro me aguardando. Quando coloco a cabeça no travesseiro penso em tudo que não fiz. (P3)

Na Unidade que fico apenas uma vez na semana também é tanta demanda! (P1)

Um assistente social para três equipes, como a gente faz um trabalho efetivo com a população?! (P7)

Diante desse relato, percebeu-se pelo comportamento de anuência do grupo e verbalização de várias participantes que é uma conjuntura recorrente no ambiente de trabalho. Questionadas sobre os impactos do NASF na prática profissional:

Eu acho que mudou, para nós o NASF foi um ganho muito grande. Médico pediatra que procura para discutir casos, quando isso acontecia antes do NASF?! Está tendo uma evolução até das outras categorias, interage mais. Mas ainda vejo uma resistência por parte da classe médica em discutir os casos. No meu setor tem que melhorar muito ainda, tem profissionais que envolvem mais que outros. (P2)

É interessante perceber que enquanto tivemos uma aproximação com a equipe multiprofissional, parece que distanciamos da “equipe mínima”. Eu falo no sentido de ficar menos tempo em cada unidade, devido o número de unidades para atender. (P5)

O NASF veio para complementar cada profissional [...] foi união de saberes. Não vejo que distanciamos da “equipe mínima” não, porque o caso vem da equipe, e a gente tem que dar contra referência. (P1)

Eu acho assim, é um ganho essa parte dos outros profissionais, o olhar de cada um; mas eu vejo que nem sempre isso tem uma continuidade, às vezes se perde. Outra coisa que eu acho como um aspecto negativo é a questão de número de unidades por profissional, tem essa expectativa de matriciamento, mas às vezes, na prática, ainda é muito insuficiente frente às demandas; especialmente nos tempos de hoje, que estamos vivenciando esses retrocessos enquanto direitos sociais, a gente vê que isso rebate na população, especialmente na população mais empobrecida, que se traduz como expressões sociais e chegam como demandas pra gente. (P9)

Nota-se que o NASF oportunizou a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade entre os profissionais, mas também demonstrou que não é uma prática compreendida na sua totalidade por todos os integrantes. Isto posto, é questionável se a Gestão de Saúde, responsável pela organização dos serviços e processos de trabalho, compreende a dimensão da funcionalidade do NASF a partir do papel desempenhado por cada profissional.

Castro e Oliveira (2011) concluíram que os outros profissionais de saúde tem dificuldade de compreender as ações do Serviço Social, às vezes influenciada por ele/a se configurar apenas como apoio. Entretanto, na análise de Teixeira (2002) essa dificuldade de compreensão está relacionada ao fato dos profissionais ainda possuírem uma visão conservadora da profissão, baseada no assistencialismo da sua origem.

Analisou-se a partir do GF que a compreensão da Gestão, dos profissionais de saúde e da população sobre o trabalho desenvolvido na ESF pode impactar na abordagem do/a assistente social aos usuários de saúde, pois relataram que as ações demandadas ou desenvolvidas são mais focadas no tratamento do que na prevenção e promoção da saúde.

Acho que o modelo de gestão do próprio município, o profissional não entende que o trabalho na Atenção Básica é priorizar a prevenção. Então pelo próprio modelo, e até aceitação mesmo da população que tem mais disposição para tratamento do que para prevenir. (P5)

A aceitação da população é mais para tratamento do que para prevenção. Por isso, as Unidades de Pronto atendimento estão lotadas. (P4)

Falta um momento de reflexão, inclusive com a gestão, sobre como está acontecendo os processos de trabalho, por que não está funcionando? o que não está dando certo? Fazer uma avaliação. Falta conhecer a comunidade. (P6)

Quanto às ações de prevenção e promoção, as participantes afirmaram que é preciso conhecer o território para atuar efetivamente, mas reconhecem que muitos indivíduos ou famílias que foram atendimentos nas Unidades de Saúde e já apresentavam risco ou vulnerabilidades, não foram identificados pela equipe, sendo encaminhados ao Serviço Social só após agravamento da situação de risco ou violação de direitos.

Além do mais, foi exposto pelo grupo algumas outras dificuldades e limitações na práxis cotidiana, entre elas, meta de atendimentos, falta de recursos e de ampliação dos serviços sócio assistenciais:

O sonho de todo/a assistente social é que as políticas sociais sejam realmente efetivas, que o governo federal atue mesmo na área social, infelizmente não é o que acontece. E estamos vivendo um momento muito difícil no Serviço Social [...]. (P1)

O que a gente tem que fazer é se colocar no lugar do outro, sempre. (P4)

O que importa para mim não é a quantidade de atendimentos, mas a qualidade do meu trabalho. (P6)

Iamamoto (2006) afirma que, para o neoliberalismo, os princípios de universalidade e gratuidade geram déficits cada vez maiores ao sistema público, por isso defendem a expansão do financiamento externo e a privatização de estatais. Sendo assim, serviços públicos são terceirizados e perdem o caráter social, de forma que o acesso às políticas públicas e aos direitos sociais ficam ainda mais restritos, escassos e burocráticos. E é com esse cenário que os/as assistentes sociais precisam lidar no cotidiano, além de também estarem inseridos no mercado de trabalho como profissional assalariado.

O trabalho desenvolvido pelo assistente social na saúde não é mensurável em números, por isso, não é sempre que responde as metas de atendimentos definidas pelos gestores. No entanto, mesmo sem proporcionar visibilidade ao trabalho do serviço social, os efeitos de ações como orientação e escuta, são potentes pelos seus resultados (SODRÉ, 2014).

Ademais, verificou-se que os setores sanitários de saúde são administrados por Organizações Sociais diferentes (OS), isso proporcionou padronizações de trabalho setorizadas e diversificadas:

Quanto a diferença no trabalho, no meu setor nós tivemos uma questão muito boa, que eles pediram pra nós criarmos um fluxo, [...] Montamos esse fluxo e todas nós seguimos. Tudo isso é conversado em reunião para todos os profissionais ficarem sabendo. Senão fica uma diferença. Os fluxos vão virar uma cartilha. Eles explicam os encaminhamentos para as demais secretarias e até onde vai o atendimento do serviço social. (P8)

Percebo que um setor tem todo um programa que seguem e facilita. Nos outros setores isso ainda não está muito bem claro. A gente troca ideias, mas não é institucionalizado. (P2)

Os apontamentos gerados pelo grupo refletem a realidade da prática profissional no sistema de saúde do município, apenas um setor relatou possuir protocolo construído e definido para orientar os demais profissionais sobre os encaminhamentos para o Serviço Social, enquanto os outros setores sanitários de saúde atuam a partir de uma autonomia relativa.

Mesmo sendo considerado um profissional liberal no exercício das suas funções, o assistente social possui uma autonomia relativa, pois vive o paradoxo entre autonomia profissional e condição assalariada, ou seja, é o gestor que define como os processos de trabalho se organizam, o que de certa forma pode afetar os resultados do trabalho (IAMAMOTO, 2006).

Contudo, embora os fluxos e protocolos sejam ferramentas importantes para as ações do serviço social na saúde, não devem ser uma limitação para a prática; o/a assistente social deve ter clareza que atua na dinâmica social e suas demandas exigem mediações políticas e institucionais, considerando o contexto sócio político para intervenções efetivas, sejam elas individuais ou coletivas (NOGUEIRA, 2009).

Saúde e Trabalho

Após vários estudos na área de saúde do trabalhador, o adoecimento mental tem sido identificado também como consequência do sofrimento no trabalho, que podem ser desencadeado por condições de trabalho e pela forma de organização do trabalho (BRASIL, 2001).

Na avaliação de Dejours (2009), o trabalhador espera o reconhecimento da utilidade e da qualidade do seu trabalho. Observa-se a partir dos relatos no grupo que, embora as

assistentes sociais percebam uma dificuldade de compreensão do seu papel pelos outros profissionais de saúde, algumas se sentem reconhecidas e valorizadas pelo trabalho realizado:

Eu acho que o serviço social agrega, onde eu passo sinto isso. Sempre tive reconhecimento profissional. (P2)

Por onde eu passei e onde eu estou, consigo manter um bom trabalho com a equipe e coordenação, sempre tento dialogar com a equipe. (P6)

No entanto, independentemente do reconhecimento profissional, defrontam com problemas nas condições de trabalho, a exemplo da ausência de espaço para um atendimento qualificado, recursos básicos de comunicação e sobrecarga de trabalho por falta de profissional:

Porque a minha realidade é assim: eu não tenho um telefone que eu posso estar ligando direto, então uso meu telefone. (P4)

Eu chego na Unidade e não tenho uma sala para atender. (P3)

De acordo com Trindade (2009), os serviços públicos de saúde atualmente estão apresentando cada vez mais contratos temporários e escassez de recursos, favorecendo relações de trabalho precárias e alta rotatividade de profissionais. Conforme já discutido pelo GF, esses resultados colaboram para o desconhecimento do papel desempenhado no ambiente de trabalho.

Após refletirem sobre a prática profissional contemporânea, o grupo relatou sentimentos de aprendizado, gratidão, crescimento, mas também de frustração, desgaste emocional, sofrimento, sobrecarga, inquietude e autonomia relativa, motivados pelo contexto sócio político, pelo contato com o sofrimento do outro, o desconhecimento do seu papel pela equipe e pela ausência de serviços essenciais no atendimento à população:

Assim, independente da frustração que sinto quando vou pra unidade onde fico somente um dia na semana, mesmo saindo de lá com um sentimento horrível, porque eu sou uma profissional que gosta de fazer com qualidade, o que me move é que eu amo o que faço. (P3)

Eu acho que a gente lida sempre, especialmente na saúde, quem nos procura tem uma demanda, geralmente tem um contexto por trás dessa demanda que não é só aquilo, não é só uma necessidade específica, a gente entra em contato com o sofrimento do outro [...]. Acho que não tem como sair ileso disso, a gente se afeta em algum momento por isso. Cada um no seu espaço precisa cuidar da sua saúde mental, dos seus hábitos saudáveis. Eu acho que isso pode sim ser acarretado pela quantidade de demandas, ou às vezes por não conseguir colocar limites, ou por já estar fragilizado. Não é à toa que é uma das profissões que mais adoecem, junto com professores e policiais, a nossa está entre as que mais adoecem. Isso vai afetando cada um de um jeito [...]. (P9)

Tem um sofrimento mental. Você lida com o sofrimento do outro, e parte dos atendimentos você não tem uma solução de imediato. (P5)

É importante destacar que ficou evidente o quanto compartilhar em grupo os mesmos sofrimentos e adversidades enfrentadas na prática cotidiana, impactou positivamente nos sentimentos e comportamentos do grupo ao final do processo:

É bom saber que não é só a gente que sente isso. (P2)

A gente tem que ter um momento de reflexão. Esse trabalho que está fazendo aqui é louvável. Estou sentindo um prazer tão grande de estar aqui! Ouvir histórias diferentes e mexer com a gente. (P6)

Esse momento está sendo muito bom pra nós. (P3)

Nessa lógica, é pertinente abordar a psicodinâmica do trabalho como ferramenta importante no processo de trabalho. Pois, para além da estrutura física e material, do trabalho em equipe, da boa gestão, o sofrimento no trabalho deve ser analisado na sua subjetividade.

A psicodinâmica do trabalho, disciplina clínica que integra tanto a psicanálise como a teoria social, desenvolvida em 1980 por Christophe Dejours, um psicanalista francês, possibilita a interface entre o trabalho e a subjetividade, fazendo relação com a saúde mental, que considera e pesquisa as relações de sofrimento derivadas da organização de trabalho (DEJOURS, 2004).

Nota-se através do debate em grupo, que além da organização do trabalho, a percepção que seu papel e suas ações não são assimilados integralmente na prática por outros profissionais, também são causas de sofrimento psíquicas.

Os resultados apontam que no ambiente de trabalho não são todos os fluxos e protocolos que estão padronizados ou instituídos. Verifica-se que as ações não definidas por estes documentos, geralmente, se configuram em demandas para o serviço social. A “elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental para possibilitar ao assistente social o nas suas ações profissionais” (BRASIL, 2010, p. 43).

Na concepção de Dejours (2009), mudar a forma de organização do trabalho não seria suficiente para resolver todos os problemas, seria preciso mudar o atual sistema econômico e a forma de pensar contemporânea. Porém, pode contribuir para amenizar o desgaste físico e emocional do trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que, pautado na defesa dos direitos dos cidadãos e no acesso aos bens e serviços, o assistente social é um profissional essencial na equipe de saúde, para contribuir na assistência integral e universal da população.

Os resultados mostram que os assistentes sociais compreendem seu papel na ESF como mediador na efetivação dos direitos sociais, mas também reconhecem as dificuldades em definir as singularidades de suas ações. Além disso, lidam com o excesso de demandas emergenciais que não são da sua competência, decorrentes da falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre o papel do serviço social.

O estudo reconhece que a conjuntura social, as condições de trabalho e sua forma de organização, podem contribuir para o desgaste físico e mental, afetando a saúde desses trabalhadores. Entretanto, a consolidação da práxis nos espaços ocupacionais permite identificar as dificuldades enfrentadas nos processos de trabalho, melhorar a articulação com a equipe e com a gestão e definir estratégias efetivas para o fortalecimento da prática profissional.

Sugere-se a criação de espaços de compartilhamento com assistentes sociais, para elaborar mecanismos de enfrentamento relacionados ao sofrimento psíquico proveniente do trabalho, e espaços de estudo e discussão da categoria, se possível articulado com o CRESS do município, a fim de aprofundar o entendimento do projeto ético político, do Código de Ética da profissão e principalmente das competências estabelecidas pelo documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, no propósito de compreender melhor o papel do assistente social na ESF.

Espera-se que estes resultados possam contribuir para o conhecimento e a reflexão do papel do assistente social desenvolvido na ESF.

Enfim, pelos dados analisados, conclui-se que a pesquisa não se esgotou, faz-se necessário avaliar se os espaços de discussão propostos serão suficiente para modificar o cenário apresentado pelo estudo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador** - Cadernos de Atenção Básica - nº 5. Brasília: DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº2, Brasília: CFESS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Saúde**. Atenção Básica, 18 maio 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. - Brasília: CONASS, 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 23 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funcionam**, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BECKER, A. P. S.; BOBATO, S. T.; SCHULZ, M. J. L. C. **Meu lugar no mundo: Relato de experiência com jovens em orientação profissional**. *Rev. bras. orientac. prof*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 253-264, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902012000200012. Acesso em: 26 dez. 2019.

CASTRO, M. M. C. OLIVEIRA, M. L. **Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social**. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011. Disponível em: <http://www.ppged.ufv.br/seminariofamiliarpoliticasociais/wp-content/uploads/O-desenho-da-Prote%C3%A7%C3%A3o-Social-B%C3%A1sica-na-rotina-di%C3%A1ria-dos-CRAS-da-Microrregi%C3%A3o-de-Ub%C3%A1MG.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2019.

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. *Prod.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365132004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DEJOURS, C. **Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho**. Revista CULT, São Paulo, v. 139, n. 12, p. 49-53, 2009. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FARAGE, E. **Assistência social, mobilização e educação popular**. In: O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS\(2009\).pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS(2009).pdf). Acesso em: 30 dez 2019.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. **O serviço social e as contradições da estratégia da saúde da família e do NASF**, 2009. In: SOUZA, Rodriane de Oliveira. et al. (Orgs.). Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, CFESS, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do serviço social**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

RIBEIRO, S. P. **O serviço social e as contradições da estratégia da saúde da família e do nasf**, 2009. In: SOUZA, Rodriane de Oliveira. et al. (Orgs.). Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, CFESS, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

SANTOS, L. M. M. **O papel da família e dos pares na escolha profissional**. Psicologia em Estudo, 2005, p. 57-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a07.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019.

<https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100008>

SODRÉ, F. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento.** Rev. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100005>

SOUZA, R. O. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde em debate,** 2009. In: SOUZA, Rodriane de Oliveira. et al. (Orgs.). Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, CFESS, Brasília-DF, 2017. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

TEIXEIRA, M. J. O. **O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol.** In: BRAVO, M. I; PEREIRA, P. A. P. (Org.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 235-254.

TEIXEIRA, M. J. O. NUNES, S. T. **A interdisciplinaridade o programa saúde da família: uma utopia?** In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

TRINDADE, R. L. P. **Saúde e Trabalho: impactos nas condições de trabalho dos assistentes sociais,** 2009. In: SOUZA, Rodriane de Oliveira. et al. (Orgs.). Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, CFESS, Brasília-DF, 2017. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

VASCONCELOS, A. M. et al. **Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social.** In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

4.3 - Artigo 3

A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL E SEUS ESPAÇOS SÓCIOS OCUPACIONAIS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi descrever a trajetória do Serviço Social e fazer uma interface teórica entre o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” e as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais nos espaços sócios ocupacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais. O estudo realizado apresentou informações relevantes para o conhecimento da trajetória do serviço social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e como se configura a atuação do/a assistente social em espaços sócios ocupacionais como Unidade de Atendimento Integrado, Unidade Básica de Saúde e Unidade Básica de Saúde da Família. Portanto, percebe – se, que em meio à ressignificação profissional e as competências definidas com base nos documentos Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da profissão, as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na prática cotidiana da área de saúde ainda expõem divergências com os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” instituída em 2008 pelo Conselho Federal do Serviço Social.

Palavra-chave: Serviço Social. Espaços sócios ocupacionais. Saúde.

ABSTRACT

The objective of this work was to describe the trajectory of Social Work and make a theoretical interface between the document "Parameters for the Performance of Social Workers in Health" and the actions developed by social workers in the occupational social spaces of the Municipal Health Department of Uberlandia, Minas Gerais. The study carried out presented relevant information for the knowledge of the trajectory of social work in the Municipal Health Department of Uberlandia and how the social worker works in social occupational spaces such as the Integrated Care Unit, the Basic Health Unit and the Basic Health Unit. Family Health. Therefore, it can be seen through research that, in the midst of professional reframing and the skills defined based on the Professional Code of Ethics and Regulatory Law documents, the actions developed by social workers in daily practice in the health field still expose divergences with the “Parameters for the Performance of Social Workers in Health” instituted in 2008 by the Federal Council of Social Work.

Keyword: Social Service. Occupational partner spaces. Cheers.

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão marcada historicamente por lutas constantes em favor de uma sociedade mais justa e igualitária. Na iminência de completar 84 anos como profissão tem uma trajetória perpassada pelo conservadorismo, renovação e reconceituação da profissão.

Na década de 1930, o Brasil vivia o início da industrialização no país, a chamada evolução capitalista, um período em que a força de trabalho é comercializada e explorada como mercadoria através do trabalho assalariado precário, resultando em revoltas, manifestações e pressões da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho (PELLIZER, 2008).

E é assim que, no mesmo período, através da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o governo estabelece normas disciplinares das relações de trabalho como estratégias de controle dessas reivindicações (NASCIMENTO, 2014).

Em decorrência desse cenário sócio-político, sobretudo das relações de trabalho, surge a Questão Social, definida como expressões da injustiça social e que exigiam mecanismos para enfrentamento do aumento progressivo da pobreza da classe operária. Em vista disso, o assistente social é demandado pela burguesia, Estado e igreja católica, a atuar como manobra de controle na intervenção da classe trabalhadora, afim de amenizar as necessidades básicas de alimento, moradia e vestuário através de ações de caridade (YAZBEK, 2009).

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste e se opõem (IAMAMOTO, 2000, p. 27-28).

Sendo assim, partindo do pressuposto de que as exigências da classe trabalhadora por reconhecimento como cidadãos e sujeitos de direito, resultaram em Políticas Sociais, a necessidade de atuação do assistente social surge por uma demanda oposta. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2015).

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específica, mas gerindo a organização e prestação dos

serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social. Assim, as condições de vida e trabalho dos trabalhadores já não podem ser desconsideradas inteiramente na formulação de políticas sociais, como garantia de bases de sustentação do poder de classe sobre o conjunto da sociedade (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006, p. 77).

Em 1936, por influência da Igreja Católica, nasce no Estado de São Paulo a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, e de acordo com Oliveira (2017), baseada numa concepção de que o indivíduo pobre era desajustado e precisava de ajuda. Dessa forma, foi em 27 de agosto de 1957, que a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962, regulamentou a profissão.

Embora a prática profissional fosse limitada nesse contexto histórico, o aprofundamento das questões sociais mediante o estudo da sociedade, também influenciado por pensadores como Émile Durkheim e Karl Marx, colaborou para um novo posicionamento da categoria, que posteriormente culminou no Movimento de Reconceituação da profissão. O Movimento de Reconceituação propiciou a formação de um profissional mais comprometido com a classe trabalhadora, capaz de subsidiar suas ações a partir de uma leitura crítica da realidade social. Foi um marco importante na ruptura com o conservadorismo presente no Serviço Social (BRASIL, 2016).

A partir dessas mudanças, foi necessária uma revisão nos instrumentos normativos da profissão. Atualmente, o Serviço Social tem como referência o Código de Ética Profissional e está regulamentada pela Lei. 8662, de 7 de junho de 1993, na qual define competências e atribuições privativas do/a assistente social (BRASIL, 2016).

Conforme descrito pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2016, "o Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da Questão Social".

Os profissionais de saúde devem ter a capacidade de fazer uma leitura da realidade, e compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. O Assistente Social é um dos profissionais que na sua formação, tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, grupos e comunidade e se apresenta como um profissional de apoio importante para a equipe de saúde.

Portanto, no momento atual, frente aos retrocessos de direitos sociais conquistados historicamente e a crescente desigualdade social, é fundamental que as ações dos/as

assistentes sociais estejam em consonância com o projeto ético-político da profissão, na defesa de uma sociedade mais justa e igualitária.

Assim, o objetivo desse trabalho é descrever a trajetória do Serviço Social e fazer uma interface teórica entre o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, e as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais, nos espaços sócios ocupacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (SMS), Minas Gerais.

INSERÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu a República Federativa do Brasil em Estado Democrático de Direito, com o objetivo de garantir os direitos sociais e individuais, liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça. Um dos grandes marcos foi estabelecer como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, e a assistência aos desamparados, contribuindo assim para a constituição de um Estado de Bem Estar Social.

A Seguridade Social “foi uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal (CF) de 1988, institucionalizando uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social”, (BOSCHETTI E SALVADOR, 2006, p. 49), baseada em princípios como equidade, uniformidade e equivalência dos benefícios urbanos e rurais, e universalidade da cobertura. (BRASIL, 2012).

Considerando a importância da inserção do/a assistente social na saúde, destacamos que a Constituição Federal de 1988, foi fundamental para a efetivação da Assistência Social como um direito social e como política pública. Além do mais, garantir a assistência social como direito na CF desmistifica o conceito de que é destinada apenas a população pobre, mas sim, a todo cidadão que apresenta vulnerabilidade ou risco social (SPOSATI, 2006).

Na década de 1930, a Revolução Industrial, impulsionada pelo capitalismo, modificou o modo de vida da população. Sabe-se que a saúde é influenciada pelas condições de vida e trabalho do indivíduo, e nessa época, a classe trabalhadora era submetida a situações subumanas de sobrevivência, gerando como consequência, graves problemas de saúde (BRAVO, 2013).

Então, como tentativa de solução e por intervenção do Estado, surgiram as primeiras políticas sociais relacionadas à saúde (BRAVO, 2013). E é nesse cenário que emerge a inserção dos/as assistentes sociais na saúde, focados/as em atender e auxiliar as necessidades imediatas dos indivíduos e segundo Bravo (2013), atender uma demanda de controle pelo Estado, através das instituições de saúde.

A Política Nacional de Saúde, consolidada na década de 40, era organizada em saúde pública e medicina preventiva, e mesmo após várias reformulações ainda não conseguiam atender as reivindicações da população.

Foi assim que, no final de 1970, o debate sobre saúde, população e políticas sociais se ampliou e fortaleceu com a participação de todos os segmentos da sociedade. “A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (TEIXEIRA, 1989, p 50-53).

Após décadas de militância, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 oportunizou a apresentação do conceito ampliado de saúde, em que a visão de saúde antes centrada apenas no conhecimento médico passa a incluir os determinantes sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e fatores sociais, como parte do processo saúde-doença. (BRASIL, 2011). Ou seja, segundo Nogueira e Miotto (2006, p. 227) é “quando se aceita que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano”.

Entretanto, o Brasil ainda apresenta grande iniquidade e desigualdade na distribuição de riqueza e renda. Essa forma de organização social tem impacto negativo na saúde dos mais pobres, podendo privá-los inclusive do acesso básico à saúde, não obstante, também afeta a saúde da sociedade como um todo. Um estudo comparativo realizado nos Estados Unidos, mostrou que indivíduos que vivem em Estados com maior desigualdade de renda apresentam pior estado de saúde em relação aos outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Considere-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir

novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação. Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida/ exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (COSTA, 2006, p. 310-311).

No período pós-constitucional, numa trajetória marcada por profundas mudanças na política de assistência social, apesar das dificuldades enfrentadas, foi sancionada a Lei nº 8.742/93 — Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que tornou operacionais os princípios contidos na Constituição Federal, estabelecendo uma nova matriz para a assistência social brasileira e definindo a Assistência Social como um dos pilares da Seguridade Social.

Foi com base na LOAS, que em 2005, se tornou possível a criação do Sistema Único de Assistência (SUAS), contribuindo assim para a consolidação da Assistência Social como Política Pública, a partir da Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004). O SUAS, têm por objetivo organizar o sistema de Assistência Social, desde os serviços até o financiamento. Assim como o SUS, se configura um sistema descentralizado e participativo, fundamentado em princípios tais como universalização e igualdade dos direitos e respeito à dignidade humana (BRASIL, 2012).

Na avaliação de Lessa (2016), a Política de Saúde permitiu a ampliação do espaço sócio ocupacional do Serviço Social não só como campo de trabalho, como também das ações desenvolvidas, exigindo capacidade para transpor as funções rotineiras, diante das novas demandas apresentadas pela sociedade.

Para referenciar a intervenção de Assistentes Sociais na área de saúde, foi constituído e instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, o documento titulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. De acordo com documento, os/as assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (BRASIL, 2010; 2011).

Essa atuação é orientada e norteada por competências e atribuições extraídas a partir dos direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. É importante destacar que, os direitos dos/as assistentes sociais devem ser considerados no exercício da profissão, tanto pelos profissionais quanto pelos empregadores. São alguns desses direitos, conforme citado por CFESS (2010, p. 33-34), garantia e defesa de suas atribuições; livre exercício das atividades inerentes à profissão; participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; aprimoramento profissional de forma contínua ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; liberdade na realização de seus estudos e pesquisas.

São Competências e Atribuições do profissional de Serviço Social, segundo CFESS (2010, p. 36-37), elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; planejar, organizar e administrar serviços sociais e Unidade de Serviço Social; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

São Atribuições Privativas do Assistente Social, CFESS (2010, p. 36-37), coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; assessorar e dar consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social; realizar vistorias,

perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinar, avaliar e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Considerando a importância da interdisciplinaridade nas ações em saúde, foi em 1997, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, que o/a assistente social foi reconhecido/a como um/a dos/as profissionais da área de saúde.

TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

Com base nas informações do Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS-MG), o município de Uberlândia possui atualmente 787 assistentes sociais com registro ativo.

Para conhecer a trajetória do Serviço Social na Secretaria de Saúde do município, foi realizada consulta nos documentos institucionais, como site da Prefeitura Municipal de Saúde, Planos Municipais de Saúde de 1990 a 2018, Manual do Serviço Social – Ações em Saúde de 2012, Fluxos e Protocolos da SMS e entrevista com a Coordenação do Serviço Social na SMS, composta por três assistentes sociais no momento da entrevista. A atual coordenadora iniciou como assistente social na Prefeitura Municipal de Uberlândia no ano de 1989 e na coordenação do serviço social de 1990 a 2012,

reassumindo o cargo em 2017, por isso, acompanhou e participou do processo histórico da profissão na SMS do município.

A coordenação de Ações em Serviço Social na SMS iniciou oficialmente em 1990, quando o secretário de saúde da época, identificou a necessidade e contratou mais 10 assistentes sociais que integraram as equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destaca-se como marco nessa trajetória a contribuição e incentivo da coordenação de serviço social para a criação do Conselho Municipal de Saúde no ano de 1991.

Anterior a esse período, a SMS contava com apenas uma assistente social, responsável pela supervisão de estágio e pelo planejamento familiar. Essa ampliação permitiu que, em 1995, várias dessas profissionais assumissem o cargo de gerência das UBS, munidas de autonomia no exercício da função. Nas palavras da coordenadora “uma época em que o serviço social foi muito reconhecido e valorizado”.

Nesse período, de acordo com a coordenadora entrevistada, a coordenação era responsável pelos contratos dos profissionais assistentes sociais, por ministrar treinamentos e construir as atribuições do serviço social nos vários espaços ocupacionais da SMS. Ela complementa que a inserção do serviço social na área da saúde teve um papel fundamental na resolutividade dos serviços, de forma que se fez cada vez mais necessário, resultando no aumento das contratações de profissionais.

Em 2011, impulsionado pela expansão das unidades e serviços de saúde, o número de assistentes sociais chegou a 165, atuantes em 54 Programas da SMS, dentre eles: UBS, coordenações e assistência (PMU/SMS, 2012).

Na visão de outra assistente social que compõe a equipe da coordenação, muitos profissionais de saúde não possuem uma compreensão da dimensão da atuação do assistente social, mas entende que ele/a seja necessário/a para o serviço, então, a demanda pelo/a profissional cresce paralelo aos serviços de saúde, embora, hoje, o número de assistentes sociais ainda seja insuficiente para atender todos os espaços de trabalho.

Ainda, segundo a entrevistada, em comparação com o início da profissão, nos dias de hoje, o/a profissional do serviço social tem muito mais respaldo para atuar, pois foram criados documentos de aparato e respaldo legal, como o Código de Ética e a Lei de Regulamentação Profissional, que abrange tudo que é preciso para subsidiar o atendimento individual ou coletivo, no propósito de garantir assistência à população. Na

sua leitura, diante dos recentes retrocessos que o país tem conhecido, será um/a profissional ainda mais necessário nos próximos anos.

ESPAÇOS SÓCIO OCUPACIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

Atualmente, a SMS possui 181 profissionais assistentes sociais atuantes, dentre eles, 48 têm vínculo estatutário e 132 vínculos celetistas, administrados por duas Organizações Sociais (OS).

Esses profissionais estão divididos nos seguintes espaços sócio ocupacionais da SMS: quatro distritos sanitários, onde os/as os assistentes sociais integram um ou mais Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composto por oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI), oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), 57 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com 79 equipes, seis Centros de Atendimento Psico Social (CAPS) e um Consultório de Rua, um Ambulatório IST/AIDS, um Programa Melhor em Casa, 27 Programas a nível de gestão, entre eles, saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso, e sete setores de Atenção Secundária, como o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e o Centro Municipal de Atenção ao Diabético (CMAD).

Dentre esses setores de atuação serão consideradas apenas três para a análise do estudo, UAI, UBS, e UBSF, por já apresentarem competências definidas no manual do serviço social (PMU/SMS, 2012).

4.1 Unidades de Atendimento Integrado (UAIs)

As UAIs são unidades que prestam serviço de média complexidade/densidade tecnológica, apoio especializado que geralmente demanda recursos tecnológicos no diagnóstico e tratamento, para atendimentos de emergências e também ambulatorial.

As ações desenvolvidas pelo/a assistente, de acordo com o Manual do Serviço Social são: acolhimento dos pacientes encaminhados pela equipe, como foco no risco social; fazer os encaminhamentos necessários; registrar os atendimentos; orientar e

agilizar exames para pacientes internados; acompanhar e orientar as famílias com atendimento integrado às equipes; fazer avaliação social; informar sobre recursos sociais; realizar corrida de leito e alta social.

4.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)

As UBSs são consideradas como porta de entrada da população que reside próximo a sua área de abrangência, oferecem atendimentos básicos em especialidades como pediatria, ginecologia e clínica geral, além dos serviços de consultas de enfermagem, vacinas, tratamentos odontológicos, curativos e encaminhamentos para atendimentos especializados.

Considerada também como porta de entrada para os usuários de saúde, as UBSFs diferem das UBS, por situarem em territórios com áreas de abrangências menores e mais próximas da comunidade, contam com uma equipe técnica, médico de família, enfermagem e agentes comunitários de saúde e uma equipe multiprofissional de apoio matricial, constituído pelo NASF, que tem uma proposta de intervenção especializada e de atenção à saúde a partir de saberes compartilhados.

O NASF como estratégia contemporânea, deve atuar de forma interdisciplinar, priorizando o apoio matricial nas equipes de saúde, pois a sua finalidade é fortalecer a articulação com as Redes de Atenção, as intervenções coletivas com base na promoção à saúde e o cuidado integral, modificando assim a prática de encaminhamentos apenas baseados na referência e contrarreferência. O apoio matricial no NASF é realizado por uma equipe de profissionais que não necessariamente têm contato direto com o usuário, mas devem prestar apoio tanto assistencial, quanto educativo quando preciso, para as equipes de referência (MOURA; LUZIO, 2014; BRASIL, 2009).

As UBSFs foram instituídas como estratégias de consolidação dos princípios e diretrizes da Atenção Básica e como forma de ampliar os serviços e a resolutividade das situações de saúde, tanto individual como coletiva. Para, além disso, é um meio de economia para os serviços de média e alta complexidade, tendo em vista o foco na prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2017).

As ações estabelecidas no Manual do Serviço Social incluem: acolher usuários encaminhados pela equipe; realizar abordagem socioeducativa com a família; informar

sobre recursos sociais, direitos e benefícios; fazer avaliação social, visitas domiciliares e relatório ou parecer social; viabilizar encaminhamentos necessários.

Em 2014, deu-se a implantação do NASF no município, o que de certa forma, permitiu reestruturar o trabalho do/a assistente social na AB. Sendo assim, o profissional de serviço social, como um dos integrantes do NASF, tem como referência, alinhado ao Código de Ética Profissional, as ações estabelecidas no Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2009, p. 102):

- Coordenar os trabalhos de caráter social
- Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
 - Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF
 - Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
 - Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF
 - Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
 - Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
 - Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
 - Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
 - Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
 - Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
 - No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Observa-se que as ações definidas estão em concordância com o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, e vale salientar que possui um caráter deveras coletivo, direcionado principalmente para a mobilização social.

Após análise das entrevistas realizadas e consultas nos documentos da SMS, as informações apontam que, mesmo com referências para a prática profissional que transpõem os atendimentos individuais e rotinas de urgências, a assistência social no município de Uberlândia ainda expressa características do início da profissão, como ser responsável por solucionar problemas claramente administrativos, lidar com reclamações de usuários sobre o serviço de saúde e tentar conseguir exames e consultas que não dispõe de vagas necessárias.

Segundo o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber: marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (BRASIL, 2010, p. 46-47).

Diante do exposto, pesquisas realizadas em outros municípios sobre a inserção do/a assistente social na saúde, mostram que essas características não são singulares do município de Uberlândia, mesmo com os avanços e reconhecimento da profissão, essas são situações recorrentes que os/as assistentes sociais precisam lidar no cotidiano profissional. Em síntese, assim como tem feito em toda sua trajetória, a categoria sustenta uma luta constante em favor da consolidação do Serviço Social nos espaços sócios ocupacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou informações relevantes para o conhecimento da trajetória do Serviço Social na SMS de Uberlândia, e como se configura a atuação da assistente social em espaços sócios ocupacionais como UAIS, UBS e UBSFs.

Nota-se, que a trajetória do serviço social na SMS foi permeada por ações significativas no âmbito da saúde, a exemplo da melhoria na resolutividade dos serviços, de forma que contribuiu para a expansão, o reconhecimento e a autonomia da profissão.

Assim como os avanços que marcaram e reestruturaram o campo da saúde no SUS, o serviço social também tem um histórico de reconceituação e renovação da profissão, voltado para o compromisso com a cidadania, na defesa dos direitos e garantia do acesso á população.

Observa-se que o assistente social trabalha, não só na perspectiva de direitos e garantia de acesso, mas também na intervenção social a fim de que os serviços sociais sejam usufruídos de forma crítica e consciente, com o propósito de transformar a realidade. Partindo do princípio que a formação teórico-metodológica e dimensão técnico-operativa desse profissional considera o sujeito social na sua singularidade, integralidade e na sua inserção sócio cultural, é perceptível sua necessidade no sistema público de saúde.

Portanto, percebe-se que em meio a ressignificação profissional e as competências definidas com base nos documentos Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da profissão, as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na prática cotidiana da área de saúde ainda expõem divergências com o “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” instituído pelo CFESS em 2008.

Conclui-se que para a efetivação das ações em serviço social, tanto os gestores quanto os/as assistentes sociais, precisam estar comprometidos com o real propósito da profissão, por esse motivo, e com o propósito de resgatar as competências e atribuições do serviço social, é fundamental a apresentação dessa pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberlândia-MG.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.164.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n^o2, Brasília: CFESS, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n^o2, Brasília: CFESS, 2011.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Dia do/a Assistente Social**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/dia-doa-assistente-social>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. 167 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Promoção da Saúde. - Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/promocao-da-saude/>. Acesso em: 06 ago. 2019.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. SALVADOR, Evilásio da Silva. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta?** In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033. Acesso em: 25 nov. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Seccional Uberlândia. **Registro – Consultas e Cadastros**. Uberlândia, MG. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LESSA, Ana Paula Girão. **Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades** [livro eletrônico]. In: COSTA, Liduina Farias Almeida da. RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. (Org.). Paraíba: EDUFPG / Fortaleza: EdUECE, 2017. 310p.

Disponível em:

http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Poli%CC%81tica%20de%20Sau%CC%81de%20e%20Servic%CC%A7o%20Social_Marc%CC%A7o13.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do Serviço Social – Ações em Saúde**. Uberlândia, MG. 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema único de Saúde e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

PELLIZER, Olema Palmira. **História do Serviço Social**. Canoas: ed. ULBRA, 2008.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Iniciação ao direito do trabalho**. 39. ed. São Paulo : LTr, 2014. Disponível em: <http://www.ltr.com.br/loja/folheie/5021.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SPOSATI, Aldaíza. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº87, São Paulo, Cortez, 2006.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária**. In : *Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria*. Teixeira, S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 1989.

UBERLÂNDIA. **Resolução nº 026 de 29 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde do Município de Uberlândia/MG, para o período 2018/2021. 29 ago. 2018. Disponível em: <http://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-0262018.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OLIVEIRA, Edístia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos histórico balizados nos códigos de ética da**

profissão. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 128, p. 143-163, abr. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100143&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 jan. 2020.
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.098>

YAZBEK, M. C. **O significado sócio histórico da profissão**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. BRASÍLIA: CFESS: ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou uma análise da percepção sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família pelos profissionais de saúde que compõem a equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família. Além disso, também permitiu uma pesquisa de campo objetivando a obtenção de dados sobre o perfil dos profissionais de saúde e o conhecimento das ações desenvolvidas pelo profissional do serviço social.

Os resultados do estudo mostram que mesmo tendo ciência da contribuição do profissional de Serviço Social para a equipe, um número considerável de profissionais da ESF possui uma compreensão superficial sobre o papel do assistente social, e assim apresentam dificuldades para realizar os encaminhamentos necessários, ou seja, não possuem dimensão da práxis desenvolvida pelo assistente social na ESF. Dessa forma, também é possível verificar que a maior parte dos encaminhamentos realizados é restrito apenas às orientações que constam nos protocolos.

Deste modo, é primordial que o/a profissional do Serviço Social reflita sobre sua práxis cotidiana, tenha ciência e domínio das suas competências, e compreenda os princípios fundamentais que orienta a profissão, pois muitas situações são decorrentes da dinâmica e da realidade social, e é nesse contexto que o profissional precisa entender sua inserção no exercício do trabalho.

Os resultados mostram que os assistentes sociais compreendem seu papel na ESF como mediador na efetivação dos direitos sociais, mas também reconhecem que possuem algumas dificuldades em definir todas as singularidades das ações desenvolvidas. Além disso, lidam com várias adversidades na prática cotidiana, como por exemplo, excesso de demandas

imediatas e ações que não são da sua competência, decorrentes da falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre o seu papel e também resultado das relações de trabalho.

O estudo realizado também apresentou informações relevantes para o conhecimento da trajetória do serviço social na SMS de Uberlândia e como se configura a atuação do/a assistente social em espaços sócios ocupacionais como UAIS, UBS e UBSFs.

Nota-se, que a trajetória do serviço social na SMS foi permeada por ações significativas no âmbito da saúde, a exemplo da melhoria na resolutividade dos serviços, de forma que contribuiu para a expansão, o reconhecimento e a autonomia da profissão.

Portanto, em meio à ressignificação profissional e as competências definidas com base nos documentos Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da profissão, as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais na prática cotidiana da área de saúde, ainda expõem divergências com o “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” instituído pelo CFESS em 2008.

Estes resultados são fundamentais para planejamento de estratégias que objetivem melhor atuação profissional no atendimento aos usuários do sistema de saúde com foco na promoção à saúde, mobilização social, participação democrática, visibilidade e viabilização dos direitos sociais, no desenvolvimento da autonomia e na emancipação social

Sendo assim, recomenda-se que o assistente social crie e/ou viabilize espaços de discussão sobre as atribuições e competências da profissão nas equipes de saúde em que estão inseridos, com o propósito de elucidar a dimensão da sua prática e atuação.

Além disso, grupos de compartilhamento profissional são importantes para elaborar mecanismos de enfrentamento relacionados ao sofrimento psíquico proveniente do trabalho, e espaços de estudo e discussão da categoria, se possível articulado com o CRESS do município, a fim de aprofundar o entendimento do projeto ético político, do Código de Ética da profissão e principalmente das competências estabelecidas pelo documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, no propósito de compreender melhor o papel do assistente social na ESF.

Conclui-se que para a efetivação das ações em serviço social, tanto os gestores quanto os/as assistentes sociais precisam estar comprometidos com o real propósito da profissão. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o conhecimento e a reflexão do papel do assistente social desenvolvido na ESF.

Enfim, pelos dados analisados, a pesquisa não se esgotou, pelo contrário, se faz necessário avaliar se os espaços de discussão propostos, serão suficiente para modificar o cenário apresentado pelo estudo.

REFERÊNCIAS

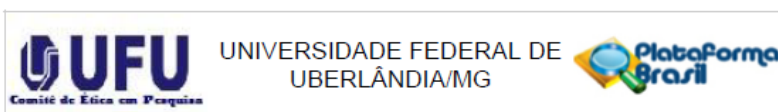
1. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro.
2. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25 nov. 2019.
3. BRASIL. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências - LOAS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 dez 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: 18 AGO. 2019.
4. BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, junho 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018. Acesso em: 24 nov. 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitário de Saúde - PACS**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.
6. BRASIL. Conselho Nacional De Educação - Câmara De Educação Superior. Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as **Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social**. Brasília, DF, 09 abr. 2002. n. 15, Seção 1, p. 33-33. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 06 ago. 2019.
8. Brasil. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 fev. 2006. p. 43-51.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>. Acesso em: 02 jul. 2019.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Promoção da Saúde**. - Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/promocao-da-saude/>. Acesso em: 06 ago. 2019.
13. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2012. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS 2012.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS%202012.pdf). Acesso em: 26 jun. 2019.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
15. BRASIL. Fiocruz. **O Sus**. 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 20 jun. 2017.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.
17. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. - Brasília: CONASS, 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 20 nov. 2019.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.
19. BUSS, Paulo Marchiori.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033. Acesso em: 25 nov. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>
20. CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, L. M. L. **Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

21. CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n°2, Brasília: CFESS, 2010.
22. CHIESA, A.M. CIAMPONE, M.H.T. **Princípios gerais para abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: ABEn; 1999. p.306-24.
23. FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, v.14, n.28, p.139-52, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
24. FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
<https://doi.org/10.18310/9788566659191>
25. IAMAMOTO, Marilda. **“As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo”**. **Trajetória e desafios**. Texto base da conferência magistral do XVIII Seminário Latino americano de Escuelas de Trabajo Social, San José, Costa Rica, 2004. p. 17-50. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em: 31 jul. 2019.
26. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2019**. Minas Gerais: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>. Acesso em: 11 ago. 2019.
27. MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
28. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. 1ª ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.
<https://doi.org/10.7476/9788575415474>
29. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
30. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
31. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
32. MOURA, R. H; LUZIO, C. A. **O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 957 - 970, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500957&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 06 ago. 2019.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>

33. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019. <https://doi.org/10.7476/9788575413593>
34. PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes**. Physis, 2008, vol.18, no.4, p.625-644. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>. Acesso em: 16 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>
35. REIS, E.A.; REIS, I.A. **Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002**. Disponível em: <http://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/rte0202.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.
36. PIZZOL, Silvia Janine Servidor. **Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária**. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320032004000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso 06 fev. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>
37. SPOSATI, Aldáza. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº87, São Paulo, Cortez, 2006.
38. VENANCIO, Sônia Isoyama et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da família – AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/relatorio_embu_v8.pdf. Acesso em: 05 jul. 2019.

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Papel do Assistente Social: Percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Rosuita Fratarí Bonito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05881118.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.153.877

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.129.441, de 02 de Fevereiro de 2019.

É uma pesquisa de mestrado de uma aluna do Instituto de Geografia na UFU.

As pesquisadoras estão buscando conhecer qual é a percepção dos profissionais integrantes da equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde da Família sobre o papel do assistente social na Estratégia Saúde da Família e compreender os impactos dessa percepção na atuação do assistente social no modo de estabelecer as interações no processo de trabalho nas UBS da Família.

Continuação do Parecer: 3.153.877

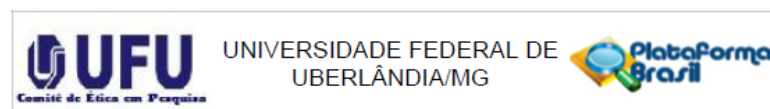
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1234924.pdf	07/02/2019 00:11:11	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostas_Pendencias.pdf	07/02/2019 00:09:34	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	07/02/2019 00:08:59	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/02/2019 13:04:46	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_grupofocal.docx	15/01/2019 12:32:17	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_questionario.docx	15/01/2019 12:32:06	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	31/12/2018 20:31:22	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	Link_Curriculos.pdf	09/10/2018 20:44:08	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	INST_COLETA_2.pdf	09/10/2018 20:31:18	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	INST_COLETA_1.pdf	09/10/2018 20:31:00	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	09/10/2018 20:27:34	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_coparticipante.pdf	09/10/2018 20:27:05	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O Papel do Assistente Social: Percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Rosuita Fratari Bonito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05881118.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.506.226

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda, na qual, as pesquisadoras informam ao Comitê de Ética a "Alteração da técnica de amostragem de amostra por conveniência para amostra intencional ou julgamento.

Foram feitas as alterações no Projeto detalhado.

A JUSTIFICATIVA DA EMENDA é que "Após uma reavaliação da técnica de amostragem da pesquisa, concluiu-se que a amostra intencional é mais adequada e assertiva em relação a técnica por conveniência conforme descrita.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_140054_4_E1.pdf	28/07/2019 15:11:10		Aceito
Outros	Emenda_CEP_UFU.docx	28/07/2019 15:10:04	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_modificado_emenda.pdf	19/07/2019 14:33:54	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostas_Pendencias.pdf	07/02/2019 00:09:34	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_grupofocal.docx	15/01/2019 12:32:17	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_questionario.docx	15/01/2019 12:32:06	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	31/12/2018 20:31:22	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	Link_Curriculos.pdf	09/10/2018 20:44:08	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	INST_COLETA_2.pdf	09/10/2018 20:31:18	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Outros	INST_COLETA_1.pdf	09/10/2018 20:31:00	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito

Continuação do Parecer: 3.506.226

Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	09/10/2018 20:27:34	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_coparticipante.pdf	09/10/2018 20:27:05	ELINAUSA LISBOA DOS SANTOS GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO 2 – CONDIÇÕES E PROTOCOLO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2

Normas de Submissão

A **Dialética** é a principal editora de divulgação científica do Brasil e referência em excelência editorial. As normas que se seguem têm o objetivo de orientar os nossos autores no uso da Plataforma de Submissão de Artigos.

Sobre a normalização e formatação

O artigo deve ter, no máximo, 50 páginas formatado da seguinte forma:

- **Corpo do texto:** Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5 cm, recuo padrão de 1,25 no início dos parágrafos e alinhamento justificado. Não utilizar espaçamento antes ou depois dos parágrafos.
- **Citações diretas longas:** Times New Roman, tamanho 10, espaçamento entre linhas simples, recuo de 4 cm e alinhamento justificado.
- **Formato:** A4 (21x29,7 cm);
- **Margens:** Superior e inferior iguais a 2,5 cm e esquerda e direita iguais a 3,0 cm;
- **Referências bibliográficas:** devem ser citadas no modelo autor-data no corpo do texto e devem constar também ao final do artigo, com o título das obras em negrito e em ordem alfabética, de acordo com as normas da ABNT.

Comprovante de Submissão

Minhas Submissões

Título	Área	Data da Submissão	Status
O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL: VISÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	Ciências Humanas	20/01/2022 13:25:18	Citra em análise

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **O Papel do Assistente Social: Percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Elinausa Lisboa dos Santos Garcia da Prefeitura Municipal de Uberlândia e Rosuita Fratari Bonito da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a percepção dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família sobre o papel a ser desempenhado pelo assistente social na Estratégia Saúde da Família. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Elinausa Lisboa dos Santos Garcia no momento da entrevista que foi agendada previamente, conforme contato anterior e sua disponibilidade. Sua participação não é obrigatória, de forma que pode refletir com calma se deseja fazer parte da pesquisa.

Na sua participação, você responderá a um questionário com perguntas fechadas e abertas, sobre a sua percepção, como profissional de saúde integrante da Equipe Saúde da Família, em relação ao papel do assistente social no processo de trabalho.

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 sua identificação, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. A sua identidade não será revelada em nenhum momento. Você será identificado utilizando um código criado aleatoriamente pela pesquisadora sem relação com o seu nome ou quaisquer outros dados seus (sem utilização das iniciais ou outros itens que poderiam identifica-lo).

Os benefícios serão trazer melhorias nas estratégias de trabalho da Equipe Saúde da Família relacionada à atuação do assistente social.

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 da pesquisa.

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: Elinausa Lisboa dos Santos Garcia e Rosuita Fratari Bonito, Av. Pará, 1720 – Bloco 2U sala 08 – Campus Umuarama, 38405-320 Uberlândia/MG; Telefone (34) 3225-8273.

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 2019

Assinatura do(s) pesquisador(es)

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

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B - Questionário para Profissionais de Saúde**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****1. IDENTIFICAÇÃO****1.1 Idade:** _____**1.2 Genêro:** Masculino Feminino Outro: _____**2. FORMAÇÃO****2.1 Escolaridade** Nenhuma. Ensino Fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série). Ensino Fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série). Ensino Médio. Ensino Superior - Graduação. Pós-graduação.**2.2 Profissão** Médico(a) Enfermeiro(a) Técnico(a)/auxiliar de enfermagem Agente Comunitário de Saúde**3. ATUAÇÃO****3.1 Ano de admissão na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Uberlândia** _____**3.2 Em qual Setor Sanitário você atua?** Central-Norte Leste Oeste Sul Zona Rural**4. PERCEPÇÃO**

4.1 Nas afirmações abaixo, pense na Unidade de Saúde em que você trabalha atualmente. Indique um número ao lado das questões que melhor representa a sua resposta.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não sei	Concordo em parte	Concordo totalmente

4.1.1.Existem muitas demandas sociais na Unidade de Saúde em que trabalha.	
4.1.2.O Assistente Social é indispensável na Equipe da Estratégia Saúde da Família.	
4.1.3.Você têm conhecimento no que o serviço social pode contribuir no desenvolvimento do trabalho em equipe.	
4.1.4.O assistente social é integrante dessa equipe e trabalha de forma articulada com os outros profissionais de saúde.	
4.1.5.Você têm dificuldade para realizar encaminhamentos ao Serviço Social por desconhecer o trabalho do profissional.	
4.1.6.Você têm dificuldade em realizar encaminhamentos ao Serviço Social por falta de resolutividade.	
4.1.7.Você realiza encaminhamentos para o assistente social apenas baseado no protocolo.	
4.1.8.Você consegue identificar a necessidade do assistente social mesmo que não esteja no protocolo de encaminhamento.	

5. Em sua opinião, qual o papel do serviço social na Estratégia Saúde da Família?

6. Escreva uma situação do trabalho em que você acionaria o Assistente Social.

7. Gostaria de fazer algum comentário relacionado ao assunto que não foi abordado na pesquisa?

Obrigada pela participação

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **O Papel do Assistente Social: Percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Elinausa Lisboa dos Santos Garcia da Prefeitura Municipal de Uberlândia e Rosuita Fratari Bonito da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a percepção dos profissionais assistentes sociais que atuam no Programa Saúde da Família sobre o papel por ele desempenhado e compreender como a percepção dos outros profissionais de saúde interfere na sua atuação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Elinausa Lisboa dos Santos Garcia no momento do Grupo Focal que foi agendado previamente, conforme contato anterior e sua disponibilidade. Sua participação não é obrigatória, de forma que pode refletir com calma se deseja fazer parte da pesquisa.

Na sua participação, você irá compor um grupo de discussão com questões norteadoras, sobre a sua percepção como profissional de saúde integrante da Equipe Saúde da Família, em relação ao papel do assistente social no processo de trabalho.

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 sua identificação, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. A sua identidade não será revelada em nenhum momento. As discussões serão gravadas, porém, após a transcrição das gravações para a pesquisa, todo o material será desgravado.

Os benefícios serão trazer melhorias nas estratégias de trabalho da Equipe Saúde da Família relacionada à atuação do assistente social.

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 da pesquisa.

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: Elinausa Lisboa dos Santos Garcia e Rosuita Fratari Bonito, Av. Pará, 1720 – Bloco 2U sala 08 – Campus Umuarama, 38405-320 Uberlândia/MG; Telefone (34) 3225-8273.

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 2019

Assinatura do(s) pesquisador(es)

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

Assinatura do participante da pesqu

APÊNDICE D - Grupo Focal – Perfil Assistentes Sociais**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****1. IDENTIFICAÇÃO****1.1 Idade:** _____**1.2 Gênero:** Masculino Feminino Outro: _____**2. FORMAÇÃO****2.1 Escolaridade** Ensino Superior - Graduação. Pós-graduação.**2.2 Tempo de Formação em Serviço Social:** _____**2.3 Vínculo Empregatício** PMU-Estatutário Missão Sal da Terra SPDM Outro: _____**3. ATUAÇÃO****3.1 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF):** _____**3.2 Em qual Setor Sanitário você atua?** Central Leste Norte Oeste Sul**Obrigada pela participação!**

APÊNDICE E - Roteiro Grupo Focal

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
--

1. Introdução (Abertura) 10min

- Apresentações
- Expor o assunto a ser discutido
- Esclarecer o papel esperado dos participantes e regras de funcionamento
- Informar sobre: Gravação de áudio, Confidencialidade e Participação voluntária
- Leitura e Assinatura do TCLE

2. Exploração (Abordagem do tema)

Bloco 1: Visão/Conhecimento do participantes sobre as atividades desenvolvidas (15min)

- Escolha da profissão
- Descrição das atividades
- Papel do Assistente Social

Bloco 2: Trabalho multiprofissional (15 min)

- Interação com outros profissionais da equipe
- Percepção dos encaminhamentos recebidos/Contrarreferência
- Dificuldades/limitações na prática profissional

Bloco 3: Avaliação/reflexão profissional (15min)

- Como se sentiu no início da profissão e como se sente atualmente
- Valorização pelos demais profissionais
- Conjuntura atual e avaliação dos resultados do trabalho

3. Fechamento/encerramento do grupo (15min)

- Validação das ideias e conteúdos trazidos pelos participantes
- Esclarecimentos sobre encaminhamentos do estudo
- Agradecimentos

Tempo estimado: 2 horas

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista com Coordenação do Serviço Social

1. Formação e trajetória profissional.
2. Há quanto tempo você está na coordenação do Serviço Social?
3. Quantas pessoas estão na coordenação atualmente?
4. Qual o papel da Coordenação do Serviço Social na Saúde?
5. Quando foi implantado o Serviço social na Saúde de Uberlândia?
6. Como foi o processo de implantação?
7. O que motivou a inserção do assistente social na saúde de Uberlândia?
8. O que você considera que mudou com a atuação do assistente social na saúde?
9. Como você avalia a trajetória do serviço social na saúde de Uberlândia desde sua implantação?
10. Em sua opinião, os outros profissionais de saúde compreendem a prática do assistente social?
11. Quais são suas perspectivas futuras para a prática profissional?