



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - PRAPS/FAMED/UFU
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MICHELLE DE FÁTIMA CHAVES

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

UBERLÂNDIA - MG

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - PRAPS/FAMED/UFU
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MICHELLE DE FÁTIMA CHAVES

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Assistente Social Especialista em Saúde, na área de concentração de Atenção em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto

Co orientadora: M^a. Joana D'Arc Vieira Couto Astolphi

UBERLÂNDIA- MG

2019

RESUMO

O presente artigo trata-se de um relato de experiência profissional que foi vivenciado durante a inserção da Assistente Social em uma equipe multiprofissional de Atenção Básica, durante a formação profissional, na modalidade de Especialização em Atenção em Saúde Coletiva, do Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Tem como propósito compartilhar o trabalho do Serviço Social nas equipes de saúde em um Centro de Saúde Escola. Este artigo busca, portanto, apresentar o trabalho dos Assistentes Sociais nos atendimentos prestados pela Atenção Básica, bem como a importância da equipe multiprofissional e a integração interdisciplinar e territorial para oferta de cuidados voltados para as necessidades do sujeito. Para tanto, realizamos uma breve contextualização do que é Residência Multiprofissional em Área de Saúde, logo depois buscamos discorrer sobre a inserção do Assistente Social na área de saúde desde seus primórdios da década de 1930 perpassando pelas décadas mais marcantes para a categoria profissional (1970-1980), bem como a criação do Sistema Único de Saúde, por fim, foi abordada a experiência profissional vivenciada durante o período de 06 (seis) meses em um Centro de Saúde Escola, composto por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família - eSF e uma equipe de Atenção Básica - eAB. Durante a vivência observou-se que mediante ao cotidiano profissional do Assistente Social as contradições na instituição de saúde são reais, balizadas por referenciais de mercado visto que o profissional ao mesmo tempo em que é requisitado a produzir a presente ordem, empreende estratégias para superar os processos associados aos trefismos e o mero cumprimento de metas sem contudo primar-se pela atenção aos aspectos de qualidade em saúde com foco na atenção primária, daí a necessidade de fortalecer as ações com a proposta da reforma sanitária, visando ir além de processos unicamente biomédicos, pautando-se pela valorização dos trabalhadores de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Residência Multiprofissional; Saúde Coletiva; Atenção Básica.

ABSTRACT

This article is an account of professional experience that was experienced during the insertion of the Social Worker in a multiprofessional team of Primary Care, during the professional training, in the Specialization modality in Public Health Care, of the Multiprofessional Residency Program in Health Area of the Faculty of Medicine of the Federal University of Uberlândia. Its purpose is to share the work of the Social Service in the health teams in a School Health Center. This article therefore seeks to present the work of the Social Assistants in the care provided by Primary Care, as well as the importance of the multiprofessional team and the interdisciplinary and territorial integration to offer care geared to the needs of the subject. To do so, we made a brief contextualization of what is Multiprofessional Residency in Health Area, soon after we sought to discuss the insertion of the Social Worker in the health area from its beginnings of the decade of 1930 going through the most striking decades for the professional category (1970- 1980), as well as the creation of the Unified Health System. Finally, the professional experience experienced during the period of 06 (six) months in a School Health Center, composed of a Family Health Strategy team - eSF and a Basic Attention team - eAB. During the experience it was observed that through the professional daily life of the Social Worker the contradictions in the capitalist organization are real, since the professional, at the same time that is required to produce the present order, undertakes strategies to overcome capitalism, hence the need to actions in line with the health reform proposal, aiming to achieve the problems of health and the strengthening of the working class.

KEY WORDS: Social Work; Multiprofessional Residence; Collective Health; Basic Attention.

INTRODUÇÃO

Este trabalho advém de reflexões, discussões e análises realizadas a partir de percepções que emergiram no decorrer da prática profissional possibilitada por uma vivência cotidiana da atuação do Serviço Social na Atenção Básica, levando-se em conta a experiência profissional adquirida enquanto Assistente Social, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, na área de concentração de Atenção em Saúde Coletiva.

Estas situações percebidas surgiram devido ao número recorrente de demandas que buscavam resoluções por meio da intervenção do Serviço Social no que tange a efetivação aos direitos dos usuários a saúde, sobretudo, a mediação nos cuidados oferecidos aos pacientes que buscavam o acesso à saúde em um determinado Centro de Saúde Escola.¹

O Serviço Social na unidade de saúde engendrava a duas equipes sendo elas: a Equipe de Saúde da Família - eSF e a Equipe da Unidade Básica de Saúde - eAB, realizando atendimentos a demandas espontâneas², encaminhamentos internos³, encaminhamentos externos⁴, atendimentos compartilhados, participação em grupos, visitas domiciliares, dentre outros.

Na perspectiva de elucidar as percepções vivenciadas fez-se necessário uma análise da realidade posta, a fim de possibilitar uma reflexão crítica da residente de Serviço Social em formação, visando proporcionar um ensaio crítico da realidade enviesado pelo projeto ético político permeado pelas dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, além de apresentar formas de enfrentamento a esta problemática específica, para outros

¹ Centro de Saúde Escola – trata-se de uma Unidade Básica de Saúde, que oferece atendimentos de Atenção Primária em Saúde em dois determinados bairros da cidade de Uberlândia e está vinculada ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

² Demanda (Procura) Espontânea: os usuários procuram espontaneamente o plantão de Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade de saúde para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações. (VASCONCELOS, 2006, p. 248)

³ Encaminhamentos Internos: encaminhamentos dos usuários para o plantão de Serviço Social – por assistente sociais – para providenciar consultas médicas, orientações previdenciárias, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos; (VASCONCELOS, 2006, p. 248)

⁴ Encaminhamentos Externos: na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamentos externo a unidade os usuários demandam acesso aos recursos/serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas. (VASCONCELOS, 2006, p. 248)

profissionais atuantes em outras Unidades Básicas de Saúde.

O objetivo do presente relato de experiência, portanto, foi fomentar discussões que problematizam o trabalho do Assistente Social frente as demandas apresentadas ao profissional inserido em um Centro de Saúde Escola. Os objetivos específicos foram: Apresentar as demandas recorrentes ao setor de Serviço Social; Discorrer sobre as demandas de competência profissional e historicamente atribuídas; Articular a atuação profissional com arcabouço teórico, a partir das legislações pertinentes e dos documentos e referências básicas para atuação do Assistente Social.

Para o desenvolvimento metodológico deste artigo, portanto, utilizou-se a metodologia qualitativa e a observação empírica da realidade considerando a totalidade como a dimensão do cenário, buscando respaldar-se em revisão de literatura, legislações pertinentes principalmente nos autores do Serviço Social que escrevem para saúde: Vasconcelos (2009), Bravo (2009), Nogueira (2009), Iamamoto (2009), a fim de subsidiar as reflexões e discussões temáticas, com o propósito de clarificar as demandas referentes a competência do profissional de Serviço Social, visando a efetivação dos usuários ao direito à saúde.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE

As residências uniprofissional e multiprofissional em saúde foram instituídas no ano de 2005 pela lei federal nº 11.129, trata-se de uma pós-graduação *lato sensu* voltada para o ensino em serviço e destinada as categorias profissionais que atuam a grande área de saúde, abrangem as profissões de nível superior regulamentadas da área de saúde em conformidade com a resolução CNS ° 287/1998, exceto a médica. Com carga horária de 60 horas semanais, totalizando ao final dos 02 (dois) anos 5.760 horas, subdivididos em atividades práticas,⁵ teóricas⁶ e teórico-práticas⁷, em regime de dedicação exclusiva.

⁵ Atividades práticas (...) aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor.

⁶ Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos.

⁷ As atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva

No mesmo ano de 2005 por meio da portaria interministerial nº 2.117 e nº 2.118, ficou instituído a parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, gerando assim o programa de bolsas para a educação pelo trabalho. O programa propõe desenvolver a vivência no estágio da área de saúde, o aperfeiçoamento e a especialização em área profissional.

Nestas mesmas portarias, ficaram pré-estabelecidos que a seleção e o credenciamento dos programas de residências, seriam disciplinados de acordo com as necessidades sociais e características regionais, como estratégias para provimento e fixação de jovens profissionais em ações, programas e projetos em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde em ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

O programa de residência multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia, foi implantado desde o ano de 2010, no seu primeiro projeto pedagógico datado deste mesmo ano, traz em sua estrutura como justificava para sua implantação a importância da capacitação e formação de profissionais em nível técnico, ético e político para o exercício profissional voltado para o Sistema Único de Saúde, visando formar profissionais que serão absorvidos rapidamente pelo mercado de trabalho, bem como a sua contribuição para melhoria da assistência à saúde da população com o desenvolvimento das instituições onde trabalham, além do fato do importante papel econômico e social que se insere o supracitado município.

O programa Atenção em Saúde Coletiva teve sua proposta inscrita no ano de 2013, onde solicitava o total de 06 (seis) vagas para residentes, sendo elas: Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia, ao decorrer dos espaços organizacionais que os residentes compunham, fez-se a necessidade de inserção do Assistente Social, este que se inseriu no ano de 2017, com 01 (uma) vaga.

O Serviço Social, portanto, se insere como um profissional com uma visão diferenciada, que busca contrapor-se a visão hegemônica e biomédica da saúde, apenas como ausência de doença, bem como, um profissional capaz de realizar práticas multiprofissionais que possibilitem a efetivação da concepção de saúde em sua totalidade, levando em consideração o sujeito inserido numa totalidade.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O profissional de Serviço Social se insere na saúde no cenário brasileiro desde seus primórdios na década de 1930 a 1945, pela influência europeia e por forte demanda do setor, porém sem tanta absorção do profissional. Somente a partir da década de 1945, devido ao

término da 2ª Guerra Mundial, do aprofundamento do capitalismo e do panorama internacional, a inserção do Assistente Social se deu de maneira ampliada, constituindo-se em um marco histórico para a profissão, pois provocou alterações curriculares com fortes influências norte-americanas, estas consideradas pelos profissionais como elevada sistematização de atuação profissional (BRAVO, 2006).

O profissional se insere nesta conjuntura para uma atuação que vise o “*novo*” conceito de saúde⁸ elaborado em 1948 pela Organização Mundial de Saúde - OMS, que considera saúde como todos os aspectos biopsicossociais dos usuários e não somente ausência de doença (BRAVO, 2006). Nesta direção o profissional se insere para intervenções multidisciplinares, com viés educativo de intervenção direta ao modo de vida dos usuários, atuando nos aspectos higienistas e nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações das políticas de saúde.

Apesar deste novo contexto a atuação profissional no período de 1950 e 1970 se dá prioritariamente no âmbito curativo e hospitalar, devido a influências do aspecto de saúde concebido na época. Os assistentes sociais não foram absorvidos pelos centros de saúde, onde a prática preventiva era mais comum, neste sentindo sua atuação foi enviesada pelo modo seletista e excludente, prestando assistência de caráter não universal, utilizando-se das ações de plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, seleção de benefícios e orientações previdenciárias.

Foi então somente na década de 1980 que a categoria profissional teve grande êxito, pois, foi um período de grande mobilização política no país, bem como marcou a maturidade da tendência do referencial marxista para a leitura da realidade, atualmente hegemônica tanto nas academias como nas entidades representativas da categoria profissional, nesta década a postura crítica dos trabalhos apresentados pelos profissionais de serviço social mostrou-se de maneira mais crítica e consistente direcionados pela vertente marxista (BRAVO, 2006).

Salienta-se que apesar desta nova postura crítica do profissional de serviço social a tendência marxista estava aglutinada somente nas academias e entidades representativas, sendo que os profissionais que compunham o setor de saúde continuavam distante das reflexões desenvolvendo sua atuação psicossocial junto a pacientes e familiares enviesado pela vertente modernizadora e, na prática, subalterna a hegemonia da classe de médicos.

Ainda na década de 1980 ao final do período de redemocratização do Serviço Social o enfrentamento pela democratização da saúde ganhou corpo linearmente por meio da busca pela

⁸ “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” – Organização Mundial de Saúde (1948).

mudança da ordem autoritária para democrática conjuntamente com o Movimento pela Reforma Sanitária. Neste contexto os assistentes sociais começaram timidamente a participar de eventos que buscavam discutir temas como direitos, cidadania e políticas públicas (KRUGUER, 2010).

Foi neste contexto que o conceito de saúde⁹ aplicado às determinações sociais do processo de saúde e doença ficaram mais evidentes, e que permeou o debate da Reforma Sanitária e as proposições da 8ª Conferência de Saúde que ocorreu em 1986, gerando um relatório que serviu como base de documento de negociação para os defensores da Reforma Sanitária que visou a reformulação da Constituição Federal no que tange ao segmento da saúde.

A Constituição Federal de 1988 no Capítulo II Seção II - da saúde se consolidou em cinco artigos (arts. 196 – 200) trazendo a saúde como um direito de todos, dever do Estado, garantido o atendimento dos serviços de saúde de forma integral, regionalizada e hierarquizada, constituindo assim os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde.

A década de 1990 trouxe a consolidação dos movimentos em busca da democratização da saúde, bem como trouxe a contradição do projeto econômico consolidado no Brasil, projeto neoliberal, confrontando-se diretamente como o projeto hegemônico do Serviço Social, requisitando assim ao profissional diferentes recursos de enfrentamento sobre sua atuação profissional. Esse processo (Netto, 2009) elucida em seu trabalho Capitalismo Monopolista e Serviço Social, quando afirma haver um sincretismo no processo de formação do assistente social geralmente pautado entre visões clássicas e críticas convivendo ao mesmo tempo.

Conforme aponta “CFESS” (2008 – 2011) p. 23 e 24: o Assistente Social foi requisitado para desenvolver uma atuação profissional enviesada por dois projetos de saúde, *o projeto privatista* que requisitava ao Assistente Social uma atuação seletista, psicologizante, fiscalizatória e assistencialista por meio da ideologia de favor e predomínio de práticas individuais identificando-se com o “conservadorismo” IAMAMOTO (1994), bem como pelo *projeto da reforma sanitária* que requisitava ao profissional uma atuação que democratize e trabalhe estratégias de aproximação baseadas na realidade da população ao seu acesso as unidades e aos serviços de saúde, que trabalhe de maneira interdisciplinar, com ênfase em

⁹ Resumido por Sérgio Arouca (1987, p. 36): Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo.

abordagens grupais, estas que estimulem a democratização de informações e a participação popular dos usuários como sujeitos de direitos.

Esta nova configuração política e estes novos projetos de saúde impactou de maneira direta o trabalho do assistente social em diversas dimensões, conforme apresentado pelo “CFESS” (2008 – 2011) p. 21:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação de demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho preconizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Ao analisarmos a trajetória do Serviço Social na área de saúde podemos empreender que alguns desafios ainda estão postos na atualidade, visto que apesar de grandes avanços sobre a atuação profissional do Assistente Social pautado na “intenção de ruptura”¹⁰ a categoria chega da década de 1990 de maneira ainda incipiente e desarticulada no Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão e insuficiente produção sobre “as demandas postas a prática de saúde” BRAVO (1996, apud “CFESS” (2008 – 2011) p. 23).

Tal realidade ainda posta na atualidade, uma vez que ao inserimos nos espaços organizacionais do serviço social na área de saúde, ainda percebemos um profissional desarticulado em relação às pautas históricas da reforma sanitária, enviesado pela atuação da corrente modernizadora, desenvolvendo um trabalho na contramão do projeto ético-político. Percebe-se que essas dificuldades podem estar intimamente ligadas a modelos conservadores de formação acadêmica, bem como, o sucateamento da área de saúde ao provocar no profissional uma intervenção baseada unicamente em atuações emergenciais, suportadas pelo “possibilismo profissional”, reflexo da imediatividade, pretendendo assim, buscar a efetivação dos direitos do usuário na saúde.

SERVIÇO SOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA REALIDADE VIVENCIADA

¹⁰ “... a perspectiva da intenção de ruptura deveria construir-se sobre bases quase que inteiramente novas; esta era uma decorrência do seu projeto de romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas, e prático-profissionais” (Netto, 2005 p.250). Ou seja, dar uma nova face para o Serviço Social brasileiro. Tal perspectiva se constituiu de três momentos distintos: o da emergência; o da consolidação acadêmica e o do espraiamento sobre a categoria profissional, tais momentos estão explícitos na obra do autor José Paulo Netto – Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64 (2005).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19).

Por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território¹¹ em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012, p. 19).

Desse modo, a Atenção Básica deve se desenvolver com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, através das Unidades Básicas de Saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde - RAS.

A Atenção Básica, portanto, deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Desenvolvendo-se principalmente pelo seu conceito de prevenção e promoção de saúde, visando uma nova lógica do sistema de saúde, que busque lidar com crescente ascensão das doenças crônicas e não com a valorização da agudização de pacientes.

Conforme aponta Mendes (2011): é imprescindível mudar, radicalmente, essa lógica, implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

¹¹ É a área de abrangência de uma unidade básica de saúde, que deve se desenvolver na corresponsabilidade entre da população e do Poder Público, por meio dos prestadores de serviços à saúde. A área é o espaço de atuação da Unidade Básica de saúde (UBS).

No contexto da realidade vivenciada na unidade de saúde e na escassa produção científica de artigos e textos que busquem problematizar o trabalho do Assistente Social na Atenção Básica, fez-se necessário o presente relato, uma vez que, poderá servir de base para outras discussões em outros tempos e cenários do Serviço Social. As bases de dados pesquisada se deram na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS Brasil e na Biblioteca Eletrônica Científica Online – Scielo.

O relato parte da experiência profissional, a partir da inserção da residente Assistente Social, durante um período de 06 (seis) meses, no Centro de Saúde Escola, sendo 04 (quatro) meses com supervisão direta de uma Assistente Social do serviço de saúde e 02 (dois) meses com a coordenação pela Enfermeira gerente.

Segue a caracterização do cenário da vivência: o Centro de Saúde Escola presta atendimento à população usuária do serviço de saúde de dois bairros distintos, sendo um com cobertura total (Jaraguá)¹² e o outro bairro (Tubalina)¹³, ambos, setor Oeste da cidade com cobertura parcial contando com uma equipe em estruturação de Saúde da Família – eSF¹⁴ e uma equipe estruturada de Atenção Básica – eAB¹⁵.

O profissional de referência do Serviço Social desenvolve seu trabalho no Centro de Saúde Escola, a partir de uma parceria com a Secretária Municipal de Saúde, sendo, portanto “emprestado” do quadro de servidores da secretaria de saúde. Sua ação profissional perfaz em 06 (seis) horas diárias conforme preconizada a leis nº 12.317 de 26 de agosto de 2010, que dispõe sobre a duração do trabalho do Assistente Social, de segunda a sexta-feira no período matutino, desenvolvendo atividades de apoio as equipes de eSF e eAB.

Nos primeiros quatro meses, as atividades foram desenvolvidas conjuntamente com a Assistente Social, referência do serviço de saúde, que após uma mudança no contrato de

¹² Segundo dados do IBGE (2010) o bairro conta com 8.083 habitantes; 1.61 (Km)² por área; 2.918 Domicílios; sendo 3.978 homens e 4.105 mulheres da faixa etária de menos de um ano a 100 anos ou mais.

¹³ Segundo dados do IBGE (2010) o bairro conta com 8.960 habitantes; 1.53 (Km)² por área; 3.283 Domicílios; sendo 4.294 homens e 4.666 mulheres da faixa etária de menos de um ano a 100 anos ou mais.

¹⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, reorientando o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. É composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente ...especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

¹⁵ Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município.

parceria com a secretária de saúde, foi lotada em outra instituição. Neste período as atividades foram desenvolvidas em parceria com a Assistente Social de referência, que buscou nos primeiros momentos apresentar a rotina da instituição, o funcionamento da rede de saúde, e logo em seguida deu autonomia para assumir casos e atendimentos.

Os outros dois meses a supervisão direta sobre os casos atendidos pelo Serviço Social foram realizadas pelos tutores da residência multiprofissional. Ficando as atividades e os trabalhos multiprofissionais com a coordenação da enfermeira gerente. Neste período as demandas que se referenciavam ao Serviço Social ficaram a cargo da residente, que por meio das supervisões acadêmicas, buscou atender e desenvolver uma conduta ética, enviesada pelo Projeto Ético Político e pela busca da efetivação dos direitos dos usuários.

Foi uma experiência ímpar, pois ao mesmo tempo que propiciou um crescimento profissional, por meio da autonomia, em que a profissional pode aplicar seus conhecimentos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, foi um desafio, pois, os embates cotidianos para exercer a autonomia profissional foram diários, a busca para desvelar aos usuários e principalmente aos outros profissionais de saúde, o real papel do Assistente Social frente as demandas apresentadas foram exaustivos. Observa-se então uma grande dificuldade de atuar nesse espaço considerando as inúmeras barreiras de ordem institucional de gestão entre o município e a unidade.

No período de vivência a instituição de saúde, perpassou por vários enfrentamentos, com relação a troca de gestão, remanejamento de profissionais, falta de materiais e de estrutura física que comporta a inserção de uma equipe de estratégia de saúde da família – eSF, bem como a inserção de estagiários e residentes das várias categorias profissionais.

Para o Serviço Social tais enfrentamentos abarcavam seu cotidiano e sua atuação profissional. Com relação a troca de gestão e remanejamento de profissionais, foi realocada a própria profissional de referência do Serviço Social, o remanejamento implicou diretamente na não continuidade do cuidado com os usuários. Sobre a falta de materiais, os usuários do SUS, ainda recorrem ao profissional de Serviço Social, como porta aberta para reclamações e mediação para concessão dos mesmos, tal demanda se tornou rotineira no setor. Com relação a estrutura física, por diversas vezes, a profissional teve que “emprestar” sua sala para outros atendimentos e/ou reuniões, implicando na dificuldade de confecção de relatórios e estudos sociais, uma vez que os outros profissionais e a gerência, contavam como produtividade somente o número de pacientes atendidos, independente de toda articulação necessária para o encerramento dos casos. Observa-se, portanto, a prevalência de uma ordem de gestão

burocratizante sem muita atenção para o modo como as ações são desenvolvidas na sua efetividade para o usuário.

A inserção do Assistente Social para atuar em apoio as equipes de saúde tem, dentre seus objetivos, a atuação em relação aos aspectos sociais, culturais, e econômicos que influenciam diretamente o processo de saúde-doença e que exercem papel fundamental no enfrentamento destas questões que compõem a questão social¹⁶.

Tal especificidade, consequentemente coloca o profissional de Serviço Social como uma possibilidade de pensar os usuários e o contexto de forma diferenciada, sendo sua ação profissional estruturada e sustentada no conhecimento da realidade dos sujeitos, na definição de abordagens e de instrumentos apropriados, construindo assim uma ação profissional com fundamentação teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, ou seja, um profissional com a capacidade de estar atento as demandas “implícitas e explícitas” dos sujeitos, VASCONCELOS (2009), e com capacidade de desenvolver ações intersetoriais¹⁷ de maneira mais efetiva, construindo assim diversas possibilidades que buscam efetivar os direitos dos usuários a saúde.

Neste contexto, a intersetorialidade na saúde deve ser compreendida, a partir da construção de redes, surgindo como estratégia de fortalecimento e que busque dar conta de problemas frequentemente complexos, mas sempre atuando em articulação com outras políticas.

Nesta direção, ao analisarmos as principais atividades realizadas pelo Assistente Social na Atenção Básica na unidade, identificamos que, contraditoriamente, as tensões do sistema implicam a uma ampliação e em um redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais, requisitando a este profissional novas demandas que busquem atender tanto o modelo “*privatista*” quanto o modelo pela “*reforma sanitária*”, uma vez que o governo ora fortalece o modelo pela reforma sanitária, ora fortalece e focaliza no modelo privatista, por meio do desfinanciamento das políticas públicas.

¹⁶ “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos” (2001, p.10).

¹⁷ A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2)

O Assistente Social, que atua na saúde, portanto, passa a desenvolver as suas ações profissionais mediante os interesses antagônicos em relação à consolidação do SUS, estabelecendo-se de maneira contraditória e apresentando diferentes demandas dada a realidade, que segundo Iamamoto (2008) a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção, e é com essa perspectiva que o Assistente Social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

Observou-se que mediante tais perspectivas as intervenções do Serviço Social na área de saúde estão prioritariamente concentradas nas seguintes atividades: atendimento direto aos usuários; (mobilização; participação e controle social); Investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (*Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2008 – 2011)*). Tal atuação deve ser compreendida de forma integral e não segmentada, articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Cabe ressaltarmos que independente do tipo de unidade de saúde, das especificidades dos usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, tem-se seguido uma lógica de organização do trabalho e estratégias de ações, pautados nas ações *de plantões, plantões e programas ou somente programas e projetos* (VASCONCELOS, 2006, p. 245 – 246).

Esta organização de trabalho foi observada e vivenciada durante a inserção no Centro de Saúde Escola, onde o setor de Serviço Social desenvolvia suas ações voltadas ao atendimento em regime de plantão para as demandas espontâneas, se caracterizando principalmente por desenvolver as seguintes ações:

- a) *Ações de caráter emergencial assistencial*: trata-se de ações voltadas para agilidade de adiantamento de consultas, exames, tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, orientações sobre próteses, órteses, alimentos, roupas, abrigo, etc. Demandam, portanto, mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde dentre outros setores, se constituindo em demandas emergenciais assistenciais que interferem no processo saúde-doença e no acesso dos usuários aos serviços de saúde (COSTA, 2006).

Na vivência as demandas emergenciais assistenciais, foram as solicitações mais rotineiras, ficando o profissional a cargo de responder o mais rápido possível, tais questões, uma vez que implicam diretamente a aderência ao processo de saúde-doença.

Cabe ressaltar que tais demandas estão intrinsecamente interligadas ao sistema contraditório vigente, com relação às precárias condições de vida, ao déficit da oferta de serviços de saúde e a seletividade e fragmentação das outras políticas públicas. Neste sentido o profissional fica cerceado com relação a sua atuação profissional, uma vez que, a efetivação de

tais demandas não depende somente da conduta profissional, mas de um sistema econômico que visa somente o lucro às custas da vida da classe trabalhadora.

- b) *Educação, Informação e Comunicação em Saúde*: Trata-se de ações de orientações e abordagens individuais e/ou coletivas ao usuário, família e a coletividade, para sanar, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem os sujeitos individuais e sua coletividade (COSTA, 2006).

Estas ações se caracterizam tanto pela possibilidade de assegurar aos usuários as informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, o seu acesso ao prontuário, como também a informações e comunicação sobre resultados de exames, particularmente aqueles que indicam sério comprometimento do estado de saúde, de doenças transmissíveis como AIDS ou crônico-degenerativas, neoplasias, leucemia e outros.

Na prática profissional foi observado estas ações por meio das orientações individuais e coletivas, dos atendimentos às demandas espontâneas, das visitas domiciliares e dos grupos de educação em saúde. Com relação à disposição de prontuários também ficava a cargo do setor de Serviço Social, salienta-se que tal atividade não faz parte de suas atribuições, cabendo a qualquer profissional a dispensação de cópia de prontuário, foi proposto que o setor de secretaria da instituição realize tal dispensação, mas não foi possível, pois a coordenação optou por manter como atividade do Serviço Social. Observa-se a dificuldade de percepção das atribuições do serviço social por parte de outros profissionais. No entanto o serviço social ao longo de sua trajetória tem conseguido a duras penas que suas atribuições sejam de fato reconhecidas por outros profissionais provavelmente, em decorrência de sua história de subalternidade do período clássico da profissão e/ou pelo sucateamento da rede por parte dos gestores que empurram as atividades de outros profissionais técnicos para o serviço social.

Foi observado também ações de comunicação de resultados de neoplasias ginecológicas, em apoio à equipe de atenção básica – eAB o Serviço Social entrava em contato com os pacientes que tivessem alguma alteração que indicasse neoplasia, era requisitado ao profissional de Serviço Social, um agendamento de retorno do paciente com o médico ginecologista. Tal ação não faz parte das atribuições do Assistente Social, uma vez que buscamos romper com a visão de subalternidade à prática médica.

Ressaltamos que o profissional de Serviço Social deve atuar enviesado pelo seu Projeto Ético Político, pela sua visão de integralidade e pelos preceitos do conceito ampliado de saúde¹⁸, considerando as condições biológicas, psicológicas e sociais do sujeito, percebendo-o em

¹⁸ No conceito de saúde foram incluídos diversos fatores como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da população, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação,

sua totalidade, buscando a efetivação dos direitos dos usuários por meio de ações que viabilizem o seu acesso à saúde, rompendo com as ações historicamente atribuídas ao profissional de Serviço Social.

- c) *Visitas Domiciliares*: Trata-se de um recurso metodológico que permite a proximidade com a realidade da vida do usuário, e consequentemente o contato com os aspectos específicos, dificilmente observados no ambiente formal da instituição.

As visitas domiciliares não são exclusividade do Serviço Social, podendo qualquer outro profissional da área de saúde apropriá-lo para o desenvolvimento de seu trabalho. Neste sentido, devemos nos ater ao caráter fiscalizatório e coercitivo, impregnados de intencionalidade e dotados de um sentido ideológico que o profissional da rede pode empreender durante a visita, principalmente ao profissional de Serviço Social, que deve romper com esta visão tradicionalmente reiterada de fiscalização e coerção sobre o modo de vida dos usuários.

Na vivência foi possível realizar visitas domiciliares com profissionais que não compreendem a finalidade das visitas domiciliares em sua dimensão educativa e informativa, observa-se a necessidade de haver uma ampliada discussão sobre a deficiência das formações profissionais. Porém, foi possível realizar visitas domiciliares com profissionais que compreendem a importância da visita domiciliar como instrumento de aproximação com a realidade dos usuários, e que puderam por meio da visita domiciliar realizar uma reflexão sobre as condições de vidas dos usuários e suas não aderência aos tratamentos de saúde.

- d) *Grupos de Educação em Saúde*: trata-se de ações capazes de veicular informações e experiências de saúde, por meio de grupos educativos sobre as mais variadas temáticas, que tem a capacidade de viabilizar tanto aos usuários como aos profissionais de saúde, uma via de mão dupla de conhecimentos, informações e trocas de experiências.

Salienta-se que apesar de se constituir de um grupo menos formal que leva em consideração a vivência dos participantes, pois, ainda se trata de grupos com vieses educativos que não podem se respaldar apenas no senso comum. Na vivência foi possível desenvolver o grupo de gestantes, no grupo buscamos discutir os vários temas que perpassam a gravidez de maneira descontraída, que levasse em consideração a vivências das participantes, porém sempre trazendo conceitos e termos científicos que embasassem a discussão.

transporte, lazer e o acesso que da população aos bens e serviços lhe são essenciais e de direito, este conceito ampliado de saúde se deu, a partir da VIII Conferência de Saúde em 1986

e) *Seleção para programas e projetos*: trata-se de convite aos usuários para participação em programas específicos como: alcoolismo, tabagismo, doenças crônicas e outros. O Assistente Social nesta ação busca coletar informações específicas das condições de vida dos usuários e sua relação com a doença em questão, esta ficha de informações deve integrar o prontuário do paciente, bem como servir de identificação do usuário para efeito de localização e mobilização da família em caso de abandono do tratamento, além do fato de se construir como um procedimento essencial para o acompanhamento do usuário durante todo seu tratamento. Destaca-se que tal ficha deve ser acompanhada por todos os profissionais que prestam atendimento aos usuários, uma vez que deverá conter diagnóstico inicial, condutas, orientações e encaminhamentos realizados.

Para o Serviço Social esta atividade proporciona a identificação de aspectos socioeconômicos, culturais e sanitários que interferem na capacidade dos usuários em aderir aos programas, bem como serve de base para seleção e triagem socioeconômica, para validar a inclusão dos usuários em programas e projetos da rede de assistência. Na vivência utilizou-se de formulários para caracterização de usuários e sua inserção em programas e encaminhamentos para outras políticas públicas.

f) *Outras atividades*: Ao setor de Serviço Social chegavam várias demandas, desde a orientações e encaminhamentos, a orientações e encaminhamentos de violência ¹⁹, notificações ²⁰, relatório social ²¹ no que tange aos aspectos de saúde, bem como casos encaminhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, pelo Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, pelas redes temáticas ²² de atendimento ao idoso em vulnerabilidade ²³, Conselho Tutelar e outros.

¹⁹ Foi possível acompanhar casos de violência física, intrafamiliar, moral, psicológica, sexual e patrimonial.

²⁰ Trata-se de uma ficha de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, que deve ser preenchida pelos profissionais dos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, seu preenchimento é de suma importância, pois fornece aos órgãos competentes informações pertinentes para criação de medidas de promoção, proteção e controle de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

²¹ O relatório social tem por objetivo apresentar de maneira descritiva uma determinada expressão da questão social apresentada no cotidiano profissional.

²² Redes temáticas – tem a mesma funcionalidade de um Conselho do Idoso.

²³ A fragilidade presente nas pessoas idosas tem aspectos multidimensionais, heterogêneos e instáveis que a tornam complexa quando recebe influências de fatores característicos da vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social é resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, enfrenta barreiras culturais e imposições violentas, se relacionando a fatores estruturais da sociedade, como morar em contextos de

Durante a vivência foi possível a realização e o acompanhamento dos atendimentos prestados aos usuários de saúde do referido Centro Escola de Saúde, tal acompanhamento e prestação de atendimento, propiciou uma vivência do trabalho do Assistente Social na Atenção Básica, bem como ofereceu um importante aporte prático e teórico, pois a cada ação profissional foi possível uma reflexão propositiva da atuação do Serviço Social enviesada sempre pelo Projeto Ético Político.

Nesta conjuntura, é preciso enfatizar a importância de condutas propositivas a fim de enfrentar a imediatividade do atendimento, possibilitando ao sujeito o seu direito e o acesso a saúde, de maneira a atendê-lo em todas as suas especificidades.

Para isso, devemos salientar que a atuação multiprofissional e intersetorial é de extrema importância pois possibilitou a ação e a continuidade do atendimento aos usuários, buscando empreendê-lo nos seus mais variados aspectos, permitindo assim uma compreensão de modo integral de sua realidade e dos aspectos determinantes e condicionantes de saúde.

[...] considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998, p. 10).

É imprescindível, portanto, que tanto os profissionais se integrem nas condutas de maneira interdisciplinar, valorizando a importância de cada profissional no cuidado com os usuários/pacientes, quanto a família esteja ciente e participe das condutas tomadas e que tenha todas as orientações e informações inerentes ao processo de saúde-doença.

Durante a vivência foi possível desenvolver alguns casos, mesmo que isolados, de trabalho em rede, onde a referência e a contra referência do acompanhamento foi possível, bem como, teve alguns momentos em que a contra referência não foi realizada de maneira adequada, fragmentando assim o serviço em rede, o usuário neste concerne fica sem respaldo e acompanhamento profissional, ocasionando por diversas vezes o abandono a tratamentos de saúde, seu acesso a outro equipamento de saúde, a aquisição de medicamentos e/ou equipamentos como cadeiras de rodas, camas hospitalares e outros.

maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade, status socioeconômico e limitado acesso aos serviços públicos podem também contribuir com o aumento da vulnerabilidade. (JESUS, 2017 , p. 615).

Para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e intersetorial é preciso, portanto, desvelar a realidade do posicionamento uniprofissional, pois o serviço social passa a ser cobrado por uma resposta rápida e eficaz à problemática emergente em razão dos limites institucionais e diversas outras questões intrínsecas ao sucateamento das políticas públicas no contexto neoliberal, o processo torna-se demorado ou como em muitas das vezes não possível.

O não entendimento das competências e atribuições do Assistente Social e de sua contribuição para o atendimento ao usuário, fragiliza as condições de enfrentamento do problema que inviabiliza efetivar a aderência ao tratamento de saúde, remetendo assim a uma identidade atribuída que ignora as limitações sofrida pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho que impossibilitam o profissional.

Este não entendimento das suas competências profissionais, muitas vezes responsabiliza unicamente o assistente social, para o enfrentamento das expressões da questão social, mas não somente como reprodutor de políticas públicas, mas como punitivo, coercivo e com a capacidade de determinar o modo de vida dos usuários, tal identidade reflete no conforto imaginário da equipe, pois diz respeito ao estigma que atribui a demora ou ineficiência das ações profissionais como uma responsabilidade do assistente social, mas que estão além do saber e fazer profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade vivida nos levou a considerar que a proposta das residências como formação de profissionais qualificados para o SUS é extremamente importante, pois tem a capacidade de propiciar ao residente uma aproximação com a realidade do trabalho em saúde. Porém, também cabe refletir que esse processo tem enfrentado desafios em sua plena instituição intensificados pelo processo de contrarreforma do Estado que impacta na política de saúde e na continuidade da oferta de vagas para residentes em área de saúde.

Consideramos também que a inserção do Serviço Social no campo da saúde, ênfase a Atenção Básica, é um campo que vem se ampliando, devido a diferentes questões relacionadas às respostas que essa profissão pode oferecer às várias demandas postas pela política de saúde e que se apresentam cotidianamente nos serviços, alterando substancialmente as condições gerais de atenção disponibilizada à população usuária.

Portanto, a inserção do profissional de Serviço Social nas equipes de Atenção Básica é imprescindível, uma vez que pode buscar romper com a visão endógena da profissão, para tanto é preciso estar atento às demandas trazidas pela Gestão, Equipes de Saúde e usuários e,

sobretudo, ter consciência das capacidades teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para desenvolver as intervenções individuais e coletivas exigidas pela Atenção Básica.

Neste sentido o trabalho do Assistente Social nas equipes de Atenção Básica se constitui um desafio diário, conforme foi apresentado no eixo Serviço Social e Saúde, ainda há muito o que desvelar quanto sua importância enquanto profissional inserido na equipe mínima das unidades básicas de saúde, bem como a importância de um profissional propositivo que precisa estar atento à realidade dos territórios em que atua e atender as demandas emergentes com qualidade, primando por estratégias criativas e efetivas escoradas nas pautas básicas da saúde referendadas nos fóruns de saúde e bandeiras dos movimentos sociais de resistência.

Se constituir um profissional que propõe novas formas de agir e pensar apesar da contracorrente conservadora que impede sua atuação qualificada, visando a garantia de direitos e a qualidade da atenção prestada, prezando pela proposta do projeto ético político que norteia a profissão e fortalecendo a interdisciplinaridade, mas sem diluir as especificidades da sua profissão.

Por fim, um dos maiores desafios que o Assistente Social vive, pois precisa cotidianamente desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Observou-se também a necessidade urgente de se buscar um diálogo com o município no sentido de vitalizar as ações da residência para contemplar as necessidades da população conforme previsto na relação das Residências Multiprofissionais e a Rede Municipal.

Nesse atual momento um ruído nesse diálogo impede que haja uma otimização das ações entre esses parceiros conforme preconizam as portarias e determinações do SUS. No entanto esse problema de ordem política rebate diretamente na atenção ao usuário, problema tratado em diversos autores que escrevem para a saúde coletiva, não sendo apenas uma dificuldade local, mas um reflexo da leitura conservadora em saúde dominante no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, DF: Senado Federal, 1988.

_____, Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 20 set. 1990.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 fev. 2019.

_____, Lei nº 8.662/1993. **Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social**. 10 ed. Brasília. 2012

_____, Lei Federal nº 11.129 de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem**. Diário Oficial [da] União, Seção 1 - 1/7/2005, Página 1.

_____, Lei Federal nº 12.317 de 26 de agosto de 2010. **Institui a Duração do Trabalho do Assistente Social**. Brasília, 26 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

_____, Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS:** assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

_____, Resolução nº 383 de 28 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRAVO, M. I. S. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 197- 217.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. **A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em 14/09/2015

CFESS. **Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social.1. ed. Brasília. 2004.

COREMU. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – Processo de Credenciamento do Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde**. Uberlândia/MG. 2011.

_____. **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde - Processo de Autorização para Residência em Atenção em Saúde Coletiva**. Uberlândia/MG. 2013.

_____. **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde - Contribuições do Serviço Social para Residência em Saúde Coletiva - FAMED/UFU**. Uberlândia/MG. 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no serviço social** 2º. Ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____, Marilda Villela. **A Questão Social no Capitalismo**. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

JESUS, I. T. M. et al. **Fragilidade de Idosos em Vulnerabilidade social**. In: Acta Paul Enferm. 2017. p. 614 – 620.

MONICA, C. M. S. (et. al.) (orgs). **Serviço Social na Saúde Coletiva: Reflexões e Práticas** - Rio de Janeiro : Garamond, 2012.

MOTA, Ana Elizabete. (et al.) (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. 3 ed. 2006.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009. 5 ed.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 218 – 241

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface Entre Trabalho e Interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 242-272

MENDES, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.