



UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA

FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA

OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA POLÍTICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

THE CHALLENGES OF SOCIAL WORK IN AN INTERDISCIPLINARY TEAM IN THE HEALTH POLICY OF THE FAMILY: LITERATURE REVIEW

**¹DANILA OLIVEIRA SOUZA LIMA; ELIETE ANGELI PEREIRA; MARIA DA
ASSUNÇÃO DE SOUZA BONFIM**

¹Graduandas do Curso de Serviço Social da Faculdade de Ensino Superior de Feira de Santana –
UNEFEAD – Feira de Santana/BA - E-mail: danila1445@hotmail.com

EDUARDO ANTONIO PEDREIRA PAIVA

A.S. Me. Orientador, Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UNEF)

RESUMO

O estudo discorreu sobre os desafios do Serviço Social em equipes do Programa Estratégia de Saúde da Família. Com o objetivo geral de analisar as possibilidades colocadas para a prática profissional do Assistente Social neste âmbito. A metodologia se baseou na análise bibliográfica com abordagem qualitativa sistemática. Resultando na identificação da importância da atuação profissional neste âmbito.

Palavras-chaves: Assistente Social. Interdisciplinaridade. Saúde da Família. Trabalho em equipe.

ABSTRACT

The study addressed the challenges of Social Work in teams of the Family Health Strategy Program. With the general objective of analyzing the possibilities placed for the professional practice of the Social Worker in this area. The methodology was based on bibliographic analysis with a systematic qualitative approach. Resulting in the identification of the importance of professional performance in this field.

Keywords: Social Worker. Interdisciplinarity. Family Health. Teamwork.

1 INTRODUÇÃO

Partindo da consideração de que a produção de conhecimento científico está diretamente conectada à necessidade do homem em buscar respostas para seus anseios em relação ao mundo, bem como, a necessidade de atender às demandas e necessidades de um ser preocupado em desvendar o mundo que o cerca

(MANOEL *et al.*, 2017). Destaca-se que: “essa reflexão necessita estar alinhada e dialogar com conhecimentos teóricos e práticos, para compreensão e busca por respostas que contemplem a realidade” (SANTOS; ANDRADE, 2021, p.11).

Neste aspecto, observa-se que é de fundamental importância levar em conta que a realidade social é dinâmica, e diante disso a pesquisa nunca se esgota, mas promove o conhecimento contínuo, visto que, somente com o conhecimento das problemáticas sociais será possível elaborar intervenções coerentes de acordo com a realidade de cada região.

Assim sendo, a pesquisa e a prática profissional se complementam na profissão de Assistente Social, proporcionando o desenvolvimento da visão da totalidade social, onde a perspectiva Marxista embasa toda essa prática, propondo uma atuação pautada na superação dos problemas, com a análise de suas múltiplas determinações e o aperfeiçoamento contínuo da prática profissional.

O tema de pesquisa abordou a atuação do Assistente Social em equipe Interdisciplinar na Política de Saúde da Família. Tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a maior e mais abrangente Política Social da história do Brasil. Criado em 1988 pela Constituição Federal, amparado por um conceito ampliado de saúde pública, visa garantir o direito à saúde de toda a população, necessitando de fortalecimento contínuo por meio de respostas profissionais em defesa do direito a saúde e o direito à vida, possuindo no SUS um aliado estratégico, assim como os demais direitos reconhecidos em 1988 (SOUZA; COSTA, 2010).

Com a criação do SUS toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos advindos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os quais passaram a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como, no desenvolvimento de ações priorizando à prevenção e à promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Neste sentido, em 1994 deu-se início o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF), nasceu como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para atender a Atenção Primária na Saúde. O programa contém ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2010).

Diante desse tema, o presente trabalho científico teve por finalidade discorrer sobre os desafios da atuação do(a) Assistente Social em Equipe Interdisciplinar na Política de Saúde da Família.

O problema que a pesquisa buscou responder: como a atuação do Assistente Social em equipe interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família pode contribuir para um melhor desenvolvimento do processo saúde dos usuários?

Foi presumido teoricamente como possível resposta ao problema, que o trabalho do Assistente Social em equipe interdisciplinar é de grande valia para o desenvolvimento da Política de Saúde da Família, nos eixos da prevenção e da promoção da saúde neste âmbito.

Neste sentido, o objetivo geral buscou analisar as possibilidades colocadas para a prática profissional do Assistente Social em equipe interdisciplinar, a partir do SUS na Política de Saúde da Família.

Os objetivos específicos visaram: Verificar a contribuição da literatura sobre a Política de Saúde, seus avanços e conquistas; elencar as ações interventivas do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família; refletir sobre a importância do Serviço Social na articulação entre os diferentes saberes na prática profissional cotidiana em equipe interdisciplinar.

O presente artigo foi dividido em 3 unidades temáticas. Na primeira unidade foi descrito brevemente o histórico e a evolução da Política de Saúde no Brasil, trazendo à luz um breve histórico da saúde pública até a implementação do Programa ESF. Na segunda unidade realizou-se uma reflexão sobre o Serviço Social na Saúde e as ações interventivas do Assistente Social. A terceira unidade abalizou a importância do trabalho interdisciplinar do Assistente Social e como a articulação entre os diferentes saberes na prática profissional cotidiana pode contribuir com o usuário da ESF.

Justifica-se a pesquisa sobre o tema, considerando que o conhecimento sobre as práticas interdisciplinares, nos diversos campos de atuação profissional do (a) Assistente Social, se mostra de suma importância para a formação acadêmica do bacharel em Serviço Social.

A escolha do tema, partiu do pressuposto de que as demandas apresentadas nos Programas de Estratégia de Saúde da Família vão além das práticas puramente médicas, dentre as quais, destaca-se: violência, dependência química, questões de gênero sexual e etnia, meio ambiente, saneamento, movimentos sociais, saúde

mental, direitos reprodutivos, direitos de portadores de patologias, controle social, participação social, entre outros. Neste aspecto, o (a) Assistente Social, por sua formação generalista com base nas Ciências Sociais se mostra apto para atuar, mediando e articulando os debates, indicando reflexões e formas de atendimento, numa perspectiva de totalidade aos usuários.

Por meio de pesquisa teórica buscou-se responder ao problema de estudo, que segundo Santos e Andrade (2021, p.16): “é o tipo que busca reestruturar conceitos, teorias, ideologias, com o intuito de qualificar ainda mais as bases teóricas”. A metodologia se baseou na análise bibliográfica com abordagem qualitativa sistemática. Realizou-se uma revisão de literatura pelo método de pesquisa bibliográfica básica e documental. A pesquisa bibliográfica contou com material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos de diversos autores renomados do Serviço Social e Saúde.

Conforme elucidou Gil (1994), os estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisa bibliográfica, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo. A vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao pesquisador a cobertura de um número maior de fenômenos, uma cobertura muito mais ampla do que ele poderia pesquisar diretamente.

Como fonte de dados foi realizada buscas no banco de dados dos indexadores eletrônicos da: *Scielo - Scientific Electronic Library Online*, *Lilacs*, e site do Ministério da Saúde (MS), além de livros, artigos acadêmicos, periódicos e sites da área de Serviço Social e Saúde que abordam o tema e trouxeram a contribuição de diversos autores e estudiosos. Como critério de inclusão dos textos, optou-se pela seleção da amostra de estudo sobre a produção científica brasileira publicada no período relativo aos últimos 10 anos e obras de autores clássicos sem limite de data. Foram utilizados documentos técnicos e legais, dentre os quais destaca-se o Código de Ética Profissional (1993), onde os parâmetros éticos orientadores das decisões do Serviço Social em relação à pesquisa são buscados, indicando os valores e princípios fundamentais que orientam a reflexão em Serviço Social.

Os resultados desse trabalho científico apresentaram a importância do trabalho interdisciplinar do(a) Assistente Social e como a articulação entre os diferentes saberes na prática profissional cotidiana pode contribuir com o usuário da ESF, enfatizando que o(a) Assistente Social no campo de saberes e práticas se

destaca por seu compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, fortalecendo a Democracia.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE: HISTÓRICOS E AVANÇOS

Segundo demonstrado pela literatura, sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde pública no Brasil, observa-se que ao longo dos anos este setor passou por diversas transformações, que colaboraram com a criação do atual Sistema Único de Saúde, tido como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Inicialmente no século XVIII, no Brasil, a assistência médica aos enfermos sem recursos era prestada somente por Instituições Filantrópicas, estabelecidas por iniciativas particulares, como por exemplo, as Santa Casas de Misericórdia, ou por ações voluntárias dos Padres Jesuítas. Onde a preocupação da época era com o controle de endemias, sendo que ainda no período imperial foi demarcado o início da institucionalização das ações de saúde no Brasil, melhor estruturada no final do Séc. XIX e início do Séc. XX (SILVA, 2003).

Na década de 30 com o advento do processo de industrialização, a atenção com a saúde do trabalhador ganhou maior atenção, e fez surgir as Políticas Sociais como respostas do estado às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2001). A década de 40 foi marcada por medidas de reestruturação para a ampliação dos órgãos de saúde dos Estados e as ações passavam então a serem coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP. Ainda neste período, ocorreu a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, o qual na década de 50 teve importante atuação no combate à malária, esquistossomose, filariose, leishmaniose, doença de Chagas, tuberculose, boubá, virose e outras doenças, destacando-se em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária (SOUSA; BATISTA, 2012).

Sobre o período do Regime Militar (1964 – 1985), Bravo (2001) descreveu:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p.6).

De acordo com Sousa; Batista (2012) neste período apesar da criação de alguns órgãos, o sistema de saúde brasileiro ainda passava por uma crise, pois era insuficiente e ineficaz. Para mudar tal realidade deu-se início ao chamado Movimento da Reforma Sanitária, que envolveu a sociedade, pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde na formulação de propostas para a resolução destes problemas e a democratização a saúde no país. Foi a base para a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

No final dos anos 1970, em um período de luta contra a ditadura, e com o processo de abertura política, a saúde passou a assumir uma dimensão política vinculada à democracia. Um movimento organizado visando a democratização da saúde, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público teve o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES), como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição, a igreja progressista e os movimentos sociais urbanos encabeçaram a luta do Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Paiva e Teixeira (2014), apontaram que o início da Reforma Sanitária, foi marcado em 1979, com o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, onde pela primeira vez se discutiu publicamente, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. A proposta que se chamava na época de Sistema Único de Saúde e contemplava diversas experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Sobre esse movimento, Arretche *et. al.* (2005), apontou que:

O movimento sanitário defendia uma reforma abrangente e de orientação redistributiva desde o final da década de 1970. Defendia a universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização. A descentralização era uma questão chave nessa demanda, isso pelo fato de a concentração do poder nas mãos do INAMPS favorecer uma significativa influência dos prestadores privados na formulação da política nacional de saúde (ARRETCHÉ *et al.*, 2005, p. 291).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerada um marco nesta reforma, visto que os princípios defendidos pelo

movimento passaram a formar os pressupostos do atual sistema universal de saúde. Em decorrência ao processo de transição democrática do Brasil, foi redigida e aprovada a nova e atual Constituição Federal, em 1988, que representou significativos avanços no sistema de proteção social. Dentre outros, a saúde é descrita no Artigo 196, determinando: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, a Constituição de 1988 institucionalizou a criação de um novo modelo de saúde pública no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS). Nogueira; Miotto (2006) apontaram que este foi o início de um moderno ordenamento ao setor saúde da época, propiciando um desenho particular em aspectos ético-político fundamentais. Universalizando o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Também deu abertura para espaços de decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, permitindo o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado.

Destaca-se o ocorrido no ano de 1990, onde após a aprovação de Leis que definiram o modelo operacional do SUS, foi proposta uma nova forma de organização e de funcionamento do setor saúde. Assim, a saúde foi o primeiro setor a experimentar uma regulação formada a partir da participação da coletividade na sua estrutura, com o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais em todos os estados brasileiros e os Conselhos Municipais de Saúde na maioria dos 5.564 municípios brasileiros (SILVA, 2007). Dentre as requisições relacionadas às inovações tecnológicas, administrativas e políticas implementadas no SUS, Costa (2000, p.11) destacou:

Àquelas vinculadas ao próprio protocolo que permeia o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e à autorização e marcação dos internamentos, e consultas ambulatoriais especializadas de forma unificada, hierarquizada e em parte informatizada, bem como as triagens para autorizar a realização de exames de média e alta complexidade, de que são exemplos as ultrassonografias, tomografias, mamografias, densitometria óssea, ressonância magnéticas, etc. (COSTA, 2002, p.11).

O SUS é conduzido por um conjunto de princípios, tais como explica o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, 30-32):

A Universalidade da assistência, que visa garantir o acesso de todos à saúde, de forma gratuita, sem distinções ou restrições; A Integralidade, a qual amplia a abrangência do conceito de saúde para garantir ações preventivas e de tratamento em qualquer nível de complexidade; A Equidade, que defende, por meio de políticas que canalizem maior atenção aos mais necessitados, ações para a promoção da justiça social; A Descentralização das ações de saúde, para que as políticas públicas sejam geridas pelos municípios, com autonomia financeira e responsabilidades sobre recursos financeiros, cabendo aos gestores o estabelecimento de parcerias e atribuições entre as esferas de Governo; e o direito da Participação social, pelo qual a população de forma democrática participa dos processos decisórios, por meio da fiscalização e desenvolvimento das políticas de saúde (BRASIL, 2000, p. 30-32).

Bravo (2006) expôs que as orientações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) definiram o plano plurianual de saúde do governo e ditaram suas principais diretrizes incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS, com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços:

Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2006, p.17).

De acordo com Nogueira; Miotto (2006), não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde, sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Em meio aos diversos fatores determinantes das condições de saúde compreende os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), bem como, os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado.

No ano de 2003, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou a Política Nacional de Humanização - PNH, que acrescentou alguns aspectos específicos e ampliou para a atenção e gestão da saúde (MENICUCCI, 2011). A PNH surgiu com o propósito de promover alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS no eixo das instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação e gestão desta política. Entre os quais é possível destacar: o eixo da atenção, na proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersectorialidade” (BRASIL, 2004, p. 19).

A concretização dos princípios e diretrizes do SUS em sua integralidade, demandou o desenvolvimento de uma visão de totalidade do sistema por parte de todos os envolvidos em sua composição, o que foi também orientada pela Política Nacional de Humanização (PNH), que incorporou os Assistentes Sociais, junto aos demais trabalhadores da saúde, para em conjunto viabilizar essa política (ALCÂNTARA; VIEIRA, 2013).

Com a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, estabelecendo que o PSF como à estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo como consequência um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa visando a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa". Foi proposto pelo governo federal aos municípios para atender a atenção primária na saúde. A Estratégia de Saúde da Família foi dirigido prioritariamente a prevenção e agravos de doenças, onde a família passou a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo com isso, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde. O programa foi desenhado contendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2010).

Tendo em vista o propósito de humanização dos atendimentos, o Serviço Social foi chamado a atuar nesse âmbito, para colaborar com essa nova

estruturação dos serviços de saúde pública, conforme descrito na próxima sessão do estudo.

2.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E AS AÇÕES INTERVENTIVAS DO ASSISTENTE SOCIAL

O Serviço Social é concebido como uma profissão em que suas atividades profissionais predominam, com maior frequência, na execução, articulação e planejamento das Políticas Sociais Públicas de diferentes segmentos (saúde, habitação, previdência social, educação, assistência social, dentre outras), sendo necessário um posicionamento crítico diante das questões sociais que constitui as desigualdades sociais (SOUSA *et al.*, 2013). O Conselho Nacional de Saúde - CNS, através da resolução nº 218/1997, estabeleceu o Assistente Social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior, participando de equipe multidisciplinar para atuar no SUS (BRASIL, 1997).

A atuação desse profissional foi normatizada pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, através da resolução 338/1999, que situou o Assistente Social como profissional de saúde, ajustado na resolução anteriormente citada, e no novo conceito de saúde implantado pela Constituição de 1988, que considerou a formação do Assistente Social e o seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, apontando um dos principais fundamentos do Serviço Social, que é o posicionamento em favor da equidade e justiça social que afirma a universalidade de acesso aos bens e serviços referentes aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (SANTOS, *et al.*, 2009).

Neste aspecto, Alcantara e Vieira (2013), complementaram que:

Compreender o Serviço Social enquanto trabalho significa reconhecer que os assistentes sociais também são trabalhadores que, em geral, vivem no contexto urbano e sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, expressas através do desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalhador polivalente, etc. Tais fatores terminam por interferir no próprio exercício profissional, que, a partir da lógica do mercado, é redimensionado, em decorrência de alterações tanto nas demandas quanto nos serviços sociais (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 340).

A atuação do Assistente Social no SUS se sustenta por meio do conhecimento da realidade dos sujeitos para os quais são destinados o atendimento,

na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Onde a ação profissional em Serviço Social em todos os âmbitos é baseada em fundamentos teórico-metodológicos e éticos-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e com procedimentos técnico-operativos específicos, para tanto Costa (2000), apontou que:

É necessário reconhecer as novas exigências e mudanças significativas no trabalho dos assistentes sociais. Esse "novo" trabalho consiste em colaborar na construção de estratégias de efetivação direitos de cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade para atrair lideranças e/ou representantes desta para participar do processo de criação, instalação e funcionamento de canais ou instâncias interlocução entre população e instituição, mais especificamente os conselhos e conferências conforme determinada a Lei 8080/90 e Lei. Complementar 8142/90 (COSTA, 2000, p.47).

De acordo com Bernardo e Pinheiro (2011), analisando o contexto de mudanças de paradigmas na área de saúde, verificou-se que a inserção do profissional de Serviço Social nesse campo de saberes e práticas, considera que é uma profissão atuante no campo das Políticas Sociais com o compromisso de defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, fortalecendo a Democracia. Destacando que a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) descreve as competências e atribuições dos Assistentes Sociais em todos os espaços sócio-ocupacionais, e para que sua atuação seja eficaz é requerido do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, tais como:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996, s. p.).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a adequada análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano de atuação (NOGUEIRA;

MIOTO, 2006). Levando em consideração que nos espaços ocupacionais dos Assistentes Sociais, os profissionais são contratados para atender determinados interesses e objetivos institucionais, podendo ser estes desarmônicos dos objetivos profissionais.

Neste ponto, Paulo Netto (1999), apontou que manter o alinhamento ao projeto profissional tem sido considerado como um desafio em tempos contemporâneos. Nesta perspectiva, complementou Iamamoto (2009), que são vários os desafios contemporâneos postos aos Assistentes Sociais como trabalhador assalariado, pois o exercício profissional se dá: “nas condições sociais concretas de sua realização, mediadas pelo estatuto assalariado e pela organização política das classes em suas expressões coletivas” (IAMAMOTO, 2009, p.37).

Os autores estudados concordaram que os profissionais de Serviço Social devem estar continuamente acompanhando as alterações da dinâmica social, e se capacitando para que possam responder as questões que emergem da sociedade contemporânea em todos os âmbitos (NOGUEIRA e MIOTO, 2006; IAMAMOTO, 2009). No âmbito da saúde, deve ser considerado a operacionalização do trabalho e a efetivação do seu projeto ético-político profissional, onde o Assistente Social tem sua atuação pautada na intermediação ao acesso e a garantia das condições para o alcance da saúde individual e coletiva, apoiadas em bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais (CAMARGO; MACIEL, 2008).

A saúde está ajustada como direito universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com responsabilidade atribuída ao Estado e precisando ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que apontem à redução do risco de doença e de outros agravos (CAMARGO; MACIEL, 2008). Segundo Costa (2006), o profissional que atua no SUS desempenha atividades que abrangem ações de caráter emergencial, assistencial, educação, informação, comunicação em saúde, planejamento, assessoria e por fim mobilização e participação social. A autora destacou ainda as seguintes atividades desempenhadas pelo assistente social no atendimento hospitalar:

A obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. A objetivação dessa atividade se dá a partir do encaminhamento

dos médicos de plantão, quando da autorização de um internamento. (...) agilizar iniciativas e providências para realização de exames, aquisição de medicamentos, notificação de alta ou óbito etc. (...) garantir a rotatividade dos leitos, seja por pressão da demanda reprimida, seja pela lógica de remuneração/produzividade leito/dia (COSTA, 2006, p.17).

Vasconcelos (2010), apontou em seu estudo alguns limites e desafios para as intervenções do Serviço Social na saúde, que favorecendo o acesso a serviços e medicamentos, interfere positivamente, na vida dos usuários que acessam o Serviço Social, mas não se relaciona com suas condições reais de vida. Coloca-se como desafio aos Assistentes Sociais: “como nos desvencilhar do que fazemos atualmente, a partir da priorização das requisições institucionais, em favor do que é necessário fazer, a partir da priorização das demandas dos usuários” (VASCONCELOS, 2010, p. 2).

De acordo com Bernardo; Pinheiro (2011) em sua análise a respeito da inserção do profissional Assistente Social no contexto da saúde, este vem, a cada dia, assumindo novas funções, especialmente no que tange a assegurar a integralidade e intersectorialidade das ações, desenvolvendo atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade no atendimento as demandas e as necessidades de coparticipação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Sarreta (2008) acrescentou que a efetiva implantação e o pleno desenvolvimento do SUS em âmbito nacional foi fundamental a atuação do Assistente Social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersectoriais, no controle social, entre outras demandas, fortalecendo a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Assim sendo, elencando aqui o que orienta a Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, lei n 8.662/93) que em seu Art. 4º instituiu ser competências do (a) Assistente Social, dentre outros:

I - Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta e indireta, empresas, entidades e organizações populares; II- Elaborar, coordenar executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de Serviço Social com participação da sociedade civil; III- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população (BRASIL, 1993, s.p.).

Ainda no aspecto das competências e atribuições dos/as Assistentes Sociais, destacam-se sua postura crítica nos processos sociais de produção e reprodução

das relações sociais numa perspectiva da totalidade. O desenvolvimento do conhecimento sobre o movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no País e as particularidades regionais. A ação pautada na abrangência do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade. E por fim um profissional com capacidade de identificar as demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Segundo destacou Yasbek (2009), o exercício profissional do Assistente Social se faz pela prestação de serviços socioassistenciais interferindo nas relações sociais no cotidiano de sua população usuária. Sendo fundamental que o profissional se atualize, redefinindo estratégias e procedimentos, adequando-se a novas demandas apresentadas ao seu compromisso ético-político com os usuários de sua intervenção. Por meio do seu olhar crítico frente à realidade rompendo com práticas ultrapassadas e conservadoras, pautando-se na ética e no respeito mútuo, com uma postura de acolhimento e escuta, de modo a possibilitar a criação de vínculos de confiança entre o profissional e os usuários (YASBEK, 2009).

O documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (CFESS, 2010) direciona os profissionais a trabalharem com:

Seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRASIL, 2010, p. 26).

Foram apontadas pelo estudo de Silva; Lima (2012), que o atendimento individual, as visitas domiciliares, a articulação intersetorial e o assessoramento ao Conselho Gestor Local são algumas das ações específicas da equipe de Serviço Social no SUS. Alcântara e Vieira (2013) expuseram que na atuação do Assistente Social em equipe de saúde sob a perspectiva ampliada, destaca-se pelo menos três ações intrínsecas a esse trabalho:

A composição na equipe interdisciplinar de saúde, trazendo como contribuição sua capacidade em identificar e trabalhar os determinantes sociais apresentados pelos usuários; A defesa da concepção ampliada de humanização, em consonância com os fundamentos centrais do Projeto de Reforma Sanitária e dos princípios do SUS; e o incentivo à participação dos usuários nos processos decisórios, estimulando o controle social, com vistas à ruptura do modelo conservador de atuação na saúde (centrado na doença) (ALCÂNTARA; VIEIRA, 2013, p. 345).

A partir desse entendimento, é preciso atentar para o fato de que atuar no SUS requer profissionais críticos e reflexivos, com formações que atendam à diversidade da realidade que envolve as demandas dos usuários, para desenvolver visão integral do processo saúde-doença. Deste modo, Silva; Lima (2012, p.114) destacaram que: “a partir da atual Política de Saúde apreende-se a prioridade legal atribuída ao exercício interdisciplinar para garantir a abordagem integral do processo saúde-doença”, tema que é desenvolvido na próxima unidade.

2.2 A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE PÚBLICA

Conforme exposto anteriormente, foi através da resolução nº 218/1997 que o Conselho Nacional de Saúde - CNS, reconheceu o Assistente Social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior, junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (SANTOS *et al.*, 2009). Tendo em vista que o trabalho na saúde demanda uma equipe multiprofissional, Ferreira *et al.* (2009), explicaram o conceito do trabalho em equipe multiprofissional como:

Consiste numa 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 (FERREIRA *et al.*, 2009, p.1423).

Os autores supra citados explicaram no estudo bibliográfico publicado sobre o tema: “trabalho em equipe multiprofissional”, que observando os vários modos de relacionamento do trabalho multiprofissional, constataram que as relações profissionais se dão através das diferentes interações disciplinares, estabelecidas em níveis de agrupamento, descritos pelo estudo, da seguinte forma:

Multidisciplinaridade: Relaciona variadas disciplinas propostas simultaneamente, contudo, sem deixar manifestar-se diretamente as relações que podem existir entre elas. Onde vários profissionais se reúnem e cada um trabalha isoladamente, sendo que a ausência de uma articulação não significa, no entanto, uma ausência de relação entre estes profissionais.

Pluridisciplinaridade: Relaciona à justaposição de várias disciplinas estabelecidas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas; há cooperação, contudo, sem coordenação. Ocorre quando um paciente que procura atendimento psiquiátrico e, após receber orientação e prescrição psicofarmacológica, é encaminhado, pelo próprio psiquiatra, a um psicólogo para um trabalho de psicoterapia; desta forma, a cooperação não é automática, mas estabelece contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento.

Interdisciplinaridade: Relaciona diversas disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior, em que há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação de nível superior. Exemplificada numa equipe de atendimento ambulatorial de gestantes adolescentes de baixa renda. A equipe é formada por um pediatra, um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e uma enfermeira, contudo, o que prevalece é o saber médico, cabendo a coordenação e a tomada de decisão a estes profissionais.

Transdisciplinaridade: A coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns, ou seja, em uma equipe formada por profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, que recebe pacientes com problemas mentais. Todos os profissionais o assistirão, buscando formular um diagnóstico acerca do caso. Dessa forma, para que haja configuração transdisciplinar, é necessário que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas. Uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o intuito de uma cooperação entre eles sem que haja uma coordenação fixa (FERREIRA et al., 2009, p. 1423).

Os autores pontuaram ainda, que o trabalho multiprofissional numa perspectiva transdisciplinar demanda humildade e disponibilidade por parte de cada um dos profissionais envolvidos, sendo de suma importância o reconhecimento de posições diferentes em relação a um mesmo objeto, gerando um novo dispositivo em que os profissionais se ajudem reciprocamente em suas dificuldades (FERREIRA et al., 2009). Neste contexto, Junqueira (2000) destacou que:

A integração de diferentes disciplinas resulta em um novo enfoque de certos problemas da vida cotidiana. Contudo, essa abordagem não cria uma espécie de superciência, mas apenas dá um novo enfoque, um novo paradigma, na abordagem dos problemas de saúde. A busca de uma superdisciplina leva a um novo discurso, que se situa além das disciplinas particulares. A ideia não é criar um novo saber, uma nova disciplina científica, mas resolver problemas concretos (JUNQUEIRA, 2000, p.41).

A construção de um trabalho interdisciplinar na saúde foi descrita por Minayo (1991) como concretizado a partir de uma visão sócio filosófica que se oponha de

forma crítica ao fragmentário e à visão funcionalista tradicional, e consiga criar uma proposta epistemológica comum a um conjunto de disciplinas. Para ela, essa perspectiva é viável:

Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar (MINAYO, 1991, p. 76).

Segundo Petraglia (1993 *apud* SANTOS *et al.*, 2007), a interdisciplinaridade se materializa na transformação da realidade em que se atua, buscando colocar as partes em relação ao seu significado no todo. A interdisciplinaridade é muito mais um processo que pressupõe uma atitude interdisciplinar:

É preciso deixar explícito que a interdisciplinaridade não pode ser vista como solução mágica para todos os problemas enfrentados na prática profissional, mas como uma possibilidade de contribuição para a clareza, e, talvez, para elucidar melhor um objeto que é comum a vários profissionais (SANTOS *et al.*, 2007, p.20).

Para Vasconcelos (2002), não somente no âmbito do SUS, mas em diversas áreas a interdisciplinaridade se faz necessária, o autor destaca os cuidados com: HIV e doentes de Aids; doentes terminais; pessoas com dependências químicas; pessoas com necessidades especiais; meninos e meninas e outros grupos em situação de rua; mulheres e crianças com experiências de violência e negligência; presidiários; outros. E neste sentido, Silva e Lima (2012), consideraram que o Serviço Social sendo uma profissão cuja formação é vinculada às diversas áreas de conhecimento, sua postura interdisciplinar é estabelecida à medida que a reflexão sobre a interação entre os diferentes saberes favorece a abrangência de sua prática profissional e em equipe. Pois, de acordo com Iamamoto (2007):

O assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais (IAMAMOTO, 2007, p.64).

Outro aspecto que cabe ser apontado nesta discussão é a importância da promoção da intersetorialidade neste campo. Sposati (2004) destacou que promover a intersetorialidade na produção de informações e na execução de ações articuladas nas políticas sociais e de saúde traz à tona o tamanho do território para o conhecimento da realidade e organização dos serviços levando em conta as especificidades regionais e culturais do país. A construção do trabalho pautado na intersetorialidade é, portanto, uma necessidade apontada no campo da política social como requisito primordial para a proteção integral. Sobre o assunto, Alves *et al.* (2007) ressaltaram que:

A preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-a-dia seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada por uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente. Por isso, a implantação de uma nova política, a PNH, num cenário de diferentes necessidades em saúde a serem superadas, do envolvimento de diferentes atores e profissionais com distintas formações, traz consigo a exigência de se pensar de que forma a categoria profissional vem assumindo e/ou assimilando novas perspectivas e as relações que estabelecem com seu fazer cotidiano (ALVES *et al.*, 2007, p.47).

Para Bernardo; Pinheiro (2011), o profissional Assistente Social dispõe de atribuições na área da saúde, que compõe uma ferramenta importante, na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas, apontando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários do SUS. O Assistente Social que atua em equipe na saúde, possui ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (RIZO, 2010).

Onde Silva e Silva (2013), enfatizaram que o Assistente Social deve ser um referencial para os pacientes e familiares durante os atendimentos, visto que de acordo com o quadro de saúde, o usuário desse serviço pode ter modificada sua concepção e capacidade de enfrentar dificuldades, bem como, de seus familiares em orientar e auxiliar suas ações. As atribuições do Assistente Social destacam a ótica interdisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional. O desenvolvimento de estratégias

delineadas em equipe, permite a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, o que leva ao fortalecimento do conceito de saúde como um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p.46).

Conforme observado na pesquisa de Silva e Lima (2012), a dinâmica de trabalho no âmbito da saúde envolve propostas que executam ações teórico-práticas viabilizadas por: Oficinas socioeducativas, abrangendo palestras no local, nos grupos e na comunidade; visitas domiciliares; atendimentos individual e grupal com hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, adolescentes, dentre outras atividades. Destacaram ainda, que as ações socioeducativas realizadas na concepção multiprofissional, visa socializar informações à comunidade com base em aspectos socioculturais, biológicos e político-econômicos na apreensão do processo saúde-doença e envolvendo: Assistente Social, Médicos, Estagiários de Medicina, Educador Social e Agentes Comunitários de Saúde (SILVA; LIMA, 2012).

Os usuários do SUS levam ao conhecimento dos Assistentes Sociais alguns enfoques das situações cotidianas, onde basicamente as demandas são relacionadas as diversas questões, que foram apontadas no estudo de Alcantara e Vieira (2013):

Os enfrentamentos com a equipe de saúde, que necessitam de abordagem na intervenção cotidiana;
A natureza do trabalho em saúde, que exige do profissional sucessivas aproximações para o alcance da demanda reprimida pelo usuário e que pode vir a repercutir no curso do tratamento;
A necessária articulação com a rede e com profissionais de outras instituições, o que exige uma qualificação profissional permanente;
O compromisso com o usuário, que se reflete na qualidade da orientação prestada;
As exigências institucionais, que repercutem tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p.340).

Diante disso, observa-se que o Assistente Social faz a ponte dessas necessidades até os outros profissionais e serviços específicos para atender as

demandas. E neste sentido, o documento Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010) esclarecem que as ações executadas pelos Assistentes Sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, assim como, ter uma direção socioeducativa, através da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são contidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

Segundo Bezerra *et al.* (2018), é necessário levar em conta a disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. Estando em consonância com o que orienta o CFESS: “as demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao Assistente Social o enfoque nas suas ações profissionais” (CFESS, 2010, p.43). Assim sendo, a atuação do profissional Assistente Social em equipe interdisciplinar no âmbito da saúde pública, tem como princípio básico:

A busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

O trabalho no SUS a partir dos princípios que baseiam na Universalidade de acesso, a Equidade e a Integralidade das ações, requerem práticas verdadeiramente interdisciplinares. Para isso é necessário profissionais de saúde engajados nas questões sociais e com formação de cunho generalista, capaz de desempenhar o seu trabalho através da ótica da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, tal como os Assistentes Sociais (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Dando continuidade as reflexões, os achados literários explicaram sobre as possibilidades da prática profissional em equipe interdisciplinar no âmbito da ESF, foram sintetizados na próxima sessão do trabalho.

2.3 O SUS E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a implantação do SUS no Brasil a partir da Constituição de 1988, foi inaugurado um novo modelo de saúde pública, onde o Serviço Social foi chamado a

atuar e colaborar com o desenvolvimento da universalização do direito à saúde com a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Porém, como em todos os âmbitos, algumas falhas foram apontadas. As críticas ao sistema são pertinentes a gestão administrativa, que por vezes apresenta deficiências. Com falhas desde a forma de contratação de pessoal até falta de planos de cargos e salários. Destacaram ainda a corrupção, o desperdício, a ineficácia e ineficiência na gestão do Sistema (SOUSA; BATISTA, 2012).

Através de esforço contínuo, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH (2004), foi implementada promovendo alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS no eixo das instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação e gestão desta política. Para essa concretização, foi necessário o desenvolvimento de uma visão de totalidade do sistema, por parte de todos os envolvidos em sua composição, incorporando neste momento os Assistentes Sociais, junto aos demais trabalhadores da saúde, para em conjunto viabilizar trazer a variabilidade necessária para essa política (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

Como reflexo dessa reorganização o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de "Estratégia de Saúde da Família- ESF", foi implantado para atender a atenção primária na saúde, dirigido prioritariamente a prevenção agravos de doenças, onde a família passou a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo com isso, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde. O programa foi desenhado contendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2010).

O SUS passou a priorizar a família como referência no trabalho de prevenção, onde a atuação do Assistente Social se amparou por meio do conhecimento da realidade dos sujeitos em que é destinado o atendimento, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Desta forma, a inserção do profissional de Serviço Social nesse campo de saberes e práticas considera a premissa da profissão, o seu compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, fortalecendo a Democracia. Sua colaboração é ratificada na identificação das demandas presentes

na sociedade, formulando respostas profissionais para o enfrentamento da questão social. (BERNARDO; PINHEIRO, 2011).

Considera-se que o assistente social possui as competências necessárias para colaborar com a equipe da ESF ao desenvolver um olhar amplo para as demandas do usuário. Para Nogueira e Mito (2006) são essas competências que permitem ao profissional realizar a adequada análise crítica da realidade. Enfatizando que no âmbito da saúde, deve ser considerado a operacionalização do trabalho e a efetivação do seu projeto ético-político profissional, onde o Assistente Social tem sua atuação pautada na intermediação ao acesso e a garantia das condições para o alcance da saúde individual e coletiva, apoiadas em bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais.

Observa-se que o Assistente Social na área da saúde vem, a cada dia, assumindo novas funções, especialmente no que tange a assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações, desenvolvendo atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade no atendimento as demandas e as necessidades de coparticipação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde (BERNARDO; PINHEIRO, 2011).

Demonstrando assim, que sua prática profissional é fundamental para o pleno desenvolvimento das diretrizes propostas pelo SUS, colaborando nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, fortalecendo a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (SARRETA, 2008).

Neste sentido, fica nítido que a prática profissional do Assistente Social em equipe de saúde sob a apreensão ampliada, envolve a sua capacidade em identificar e trabalhar os determinantes sociais, no incentivo à participação dos usuários nos processos decisórios, estimulando o controle social, com vistas à ruptura do modelo conservador de atuação na saúde (centrado na doença), mas na visão integral do processo saúde-doença.

Por meio da construção do trabalho interdisciplinar com fundamento em transformar a realidade, tanto Vasconcelos (2002), quanto Silva e Lima (2012) concordam que não somente no âmbito do SUS, mas em diversas áreas a interdisciplinaridade se faz necessária, e que o Serviço Social sendo uma profissão cuja formação é vinculada às diversas áreas de conhecimento, sua postura

interdisciplinar é estabelecida à medida que a reflexão sobre a interação entre os diferentes saberes favorece a abrangência de sua prática profissional e em equipe.

Sabe-se que o profissional Assistente Social dispõe de ferramentas importantes para a construção de estratégias, na busca de alternativas ao atendimento das necessidades sociais dos usuários do SUS. Atuante em equipes interdisciplinares na saúde, pode promover um olhar ampliado de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário, além de uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (SILVA; LIMA, 2012).

Neste aspecto, a dinâmica de trabalho do Assistente Social no âmbito da ESF envolve propostas de ações teórico-práticas, materializadas por: Oficinas socioeducativas, palestras no local em grupos e na comunidade; visitas domiciliares; atendimentos individual e grupal com hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, adolescentes, dentre outras atividades. Destacaram ainda, que as ações socioeducativas realizadas em um ângulo multiprofissional, visa socializar informações à comunidade com base em enfoques socioculturais, biológicos e político-econômicos na apreensão do processo saúde-doença e envolvendo: Assistente Social, Médicos, Estagiários de Medicina, Educador Social e Agentes Comunitários de Saúde. Diante do exposto, estabelecer a vinculação deste profissional na equipe básica da ESF, com o objetivo de realizar as ações interventivas acima relacionadas, em um trabalho desenvolvido em coparticipação com os Agentes Comunitários de Saúde que compõem as referidas equipes, vindo a resultar na evolução da qualidade dos serviços ofertados à sociedade.

Na prática, a atuação deste profissional técnico, abrange o atendimento direto aos usuários para viabilização do acesso aos serviços e na orientação dos demais profissionais a respeito de questões diversas que atingem a população, acerca de temáticas familiares e demais expressões da questão social relevantes para a saúde. Nesse sentido, mostra-se de fundamental importância que o profissional Assistente Social tenha clareza de qual é o seu papel na saúde, e principalmente no que isso vai refletir na vida individual e coletiva dos usuários da Estratégia de Saúde da Família na qual esteja atuando.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto do estudo versou sobre os desafios do Serviço Social em equipes interdisciplinares atuantes em programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Baseado em análise bibliográfica, foi possível identificar a importância da atuação do(a) Assistente Social neste âmbito e responder ao problema de pesquisa, o qual constatou que este profissional, atuante em equipe interdisciplinar em ESF, contribui grandemente para um melhor desenvolvimento do processo saúde dos usuários.

O pressuposto foi atendido, uma vez que os achados bibliográficos atenderam ao problema de pesquisa, confirmando que o trabalho do Assistente Social em equipe interdisciplinar é de grande valia para o desenvolvimento da Política de Saúde da Família, nos eixos da prevenção e da promoção da saúde.

Respondendo aos objetivos do estudo, foi verificado na literatura um breve histórico da Política da Saúde no Brasil, seus avanços e conquistas até a implementação do Programa ESF. Demonstrando que com a implantação do SUS foi inaugurado um novo modelo de Saúde Pública, o qual foi desenvolvido por meio de Políticas Públicas, universalizando o direito à saúde e garantindo ao cidadão o pleno acesso aos serviços de saúde, sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Com a instituição do Programa Estratégia de Saúde da Família, deu-se início a atenção primária na saúde, com foco na prevenção dos agravos de doenças, onde a família foi elegida como ponto central dessa atenção no ambiente em que vive, permitindo com isso, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, considerado um avanço para as ações em saúde pública.

Observou-se que essa compreensão ampliada do processo saúde/doença, somente foi possível ser materializada, por meio da implantação de equipe multiprofissional nas unidades de ESF. Tendo em vista, que somente com o auxílio da interdisciplinaridade seria possível acessar recursos ampliados para as intervenções necessária na ESF. Nesse cenário, que o profissional de Serviço Social por sua formação generalista com base nas Ciências Sociais foi chamado para atuar, mediando e articulando os debates, indicando reflexões e formas de atendimento, numa perspectiva de totalidade aos usuários.

Por meio da reflexão sobre o Serviço Social na Saúde e as ações interventivas do Assistente Social, foi possível elencar as operações de intermediação desse profissional na ESF, ficando claro que neste âmbito, o (a)

Assistente Social como profissional de saúde atuante no SUS, tem suas práticas materializadas por meio do conhecimento da realidade dos sujeitos, para os quais são destinadas as intervenções. Sendo um profissional que possui instrumentais de abordagens e procedimentos técnicos específicos utilizados em sua práxis no enfrentamento das expressões da questão social, onde, além de suas atribuições privativas, é considerado um profissional de fundamental importância na ESF.

Foi demonstrado a importância do trabalho interdisciplinar do(a) Assistente Social e como a articulação entre os diferentes saberes na prática profissional cotidiana contribui com o usuário da ESF. Enfatizando que o(a) Assistente Social no campo de saberes e práticas se destaca por seu compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, fortalecendo a Democracia. Sua colaboração é ratificada por meio de seu olhar ampliado e crítico da realidade social, atrelada a sua capacidade técnica de identificação das demandas, e por fim, com sua capacidade de formulação de respostas profissionais para o enfrentamento da questão social e desenvolvimento de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde do usuário do ESF.

Diante do exposto, o referencial teórico analisado, demonstrou que o trabalho do(a) Assistente Social em equipe interdisciplinar é de grande valia para o desenvolvimento da Política de Saúde da Família, nos eixos da prevenção e da promoção da saúde, tendo em vista, que as demandas apresentadas nos ESF, vão além das práticas puramente médicas, sendo encontradas as mais diversas expressões da questão social, que são objeto de atuação do(a) Assistente Social em qualquer âmbito de atuação profissional.

No entanto, como discordância o estudo expôs que somente técnicos capacitados, realmente colaboram para a promoção da saúde dos usuários da ESF. Dessa forma, para se obter uma atuação eficiente no âmbito da ESF é de suma importância que esses trabalhadores estejam preparados para essa atuação. Requerendo profissionais críticos e reflexivos, aptos ao exercício interdisciplinar para garantir a abordagem integral do processo saúde-doença. Para tanto, é fundamental que o(a) Assistente Social tenha clareza de qual é o seu papel na saúde e principalmente, sobre a importância de sua atuação, que reflete tanto na vida individual, quanto coletiva dos usuários da ESF.

Deste modo, com base no estudo, sugere-se o encaminhamento da equipe interdisciplinar atuante em ESF para capacitação continuada. Tendo em vista, que

há vários cursos gratuitos oferecidos pelo Ministério da Saúde para preparação e capacitação dos profissionais atuantes no SUS. Neste aspecto, o Assistente Social pode mobilizar e propor junto a equipe gestora, projetos voltados para a capacitação da equipe da ESF.

As dificuldades em relação ao desenvolvimento da pesquisa foram relacionadas a busca de bibliografia atual para o desenvolvimento do estudo, que puderam ser solucionados com o empenho das pesquisadoras e orientação adequada. Diante disso, a presente pesquisa científica oportunizou concluir um processo de aprendizado fundamental para formação acadêmica em Serviço Social. Onde as dificuldades e expectativas das pesquisadoras iniciantes foram vivenciadas e ultrapassadas por meio de orientação e suporte recebido. Ante o exposto, buscou-se com o presente estudo colaborar com a produção de conhecimento sobre o assunto em tela. Sem, no entanto, esgotar as possibilidades de interpretação, mas, suscitar que novas pesquisas sejam realizadas.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

ALCANTARA, L. da S.; VIEIRA, J. M. W. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>. Acesso em: 21 ago. 2021.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. **A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate**. Serviço Social & Saúde. Campinas v. 6 n. 6 p. 1-170. 2007.

ARRETCHE, M. et al. **A política da política de saúde no Brasil**. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). Saúde e democracia. História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 504 p. 2005.

BERNARDO, C. J. P.; PINHEIRO, J. N. **Serviço social no contexto da saúde pública: notas para uma discussão**. Portal de periódicos. FAFIC, 2011. Disponível em: <http://www.fescfafic.edu.br/revista/index.php/artigos/4servicosocialnocontextodas-aude-publica-notas-para-uma-discussao>. Acesso em: 21 ago. 2021.

BEZERRA, C. A. G.; EVANGELISTA, A.L.P.; LIMA, R.K.S.; MOREIRA, F.J.F. **O serviço social na estratégia saúde da família e a promoção da saúde: uma revisão sistemática baseada no método prisma**. [Artigo]. Caderno Esp. Ceará, jan. - jun. n. 12, v. 1. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 05.10.88. Diário oficial. Brasília. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Estratégias Gerais Ações de Implantação 2004. Diretrizes Gerais para a Implementação da PNH. 2004. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pnh-2004.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

_____. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2. ed. Brasília: Ministério da

Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

_____. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** História da Saúde no Brasil. Brasília – DF 2010. Série I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistente Social na Saúde.** 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

_____. **Regulamentação da profissão Lei Nº 8.662,** de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social dá outras providências. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

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

_____. **A Política de Saúde no Brasil:** trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: ERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. **Política de Saúde no Brasil.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária:** elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

CAMARGO, M.; MACIEL, A. L. S. **Os Processos de Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde Coletiva.** III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2008. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/online/III Mostra/ServicoSocial/62907%20%20MARI SA%20CAMARGO.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

COSTA, M. D. H. da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** 1998. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERREIRA, R. C.; VARGAS, C. R. R.; SILVA, R. F. da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas do Serviço Social.** 4ª ED. São Paulo. Ed. Atlas, 1994.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. **O SUS nos seus 20 anos:** reflexões num contexto de mudanças. Revista Serviço Social & Saúde. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, Sept. 2010.

IAMAMOTO, M.V. **A prática como trabalho e a inserção do assistente social em processos de trabalho.** In: O Serviço Social na contemporaneidade: formação e trabalho profissional. 11ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília CFESS/ABEPSS. p. 1-40. 2009. Disponível em: http://ava.unit.br/dokeos/conteudo/pdf/SS_Contemporaneidade.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.** RAP, Rio de Janeiro, p. 35-45, nov./dez. 2000.

MANOEL, B.C.L. et al. Ciência, conhecimento e paradigma: uma reflexão sobre a produção científica na atualidade. Almanaque Muldiscidisciplinar de Pesquisa. Universidade UniGranrio. Ano IV. v.1, n. 1. 2017. Disponível em:

MENICUCCI, T.M.G. **A política de saúde no governo Lula.** [Artigo de Opinião]. Saúde & soc. V. 20, n. 2. jun., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. **Interdisciplinaridade:** uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70 - 77, abr / jun., 1991. Disponível em: http://portalpos.unioeste.br/media/File/Intedisciplinaridade_uma_questao_que.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: [http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20%20mioto-2011%20\(1\).pdf](http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20%20mioto-2011%20(1).pdf). Acesso em: 21 ago. 2021.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PAULO NETTO. **A construção do projeto ético-político contemporâneo.** In: Capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social. mod. 1. Brasília, DF: Cead: ABEPSS: CFESS, 1999.

PETRAGLIA, I. C. **Interdisciplinaridade: o cultivo do professor.** São Paulo: Pioneira, 1993, 82 p. IN: SANTOS et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/ profissionalização na saúde/ enfermagem. http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/631/Interdisciplinaridade_a.pesquisa.com.o.eixo.de.forma%C3%A7%C3%A3o_profissionaliza%C3%A7%C3%A3o.na.sa%C3%BAde_enfermagem.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 ago. 2021.

RIZO, S. **Atuação do assistente social na saúde.** [Artigo]. 2010. Disponível em: <http://www.sandrarizo.blogspot.com.br/2010/04/atuacao-do-assistente-social-na-saude.html>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família.** Arquivos Catarinenses de Medicina. V. 32. n. 4 de 2003. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SANTOS, B. F. dos; ANDRADE, N. A. **Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC I.** [Livro Digital]. Curso de Serviço Social. UNEF. EAD. 2021. Disponível em: <https://ensinounef.com.br/alunos/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SANTOS, A. S. Et al. **A prática do assistente social no âmbito da saúde: impasses na dimensão ético-política da profissão.** XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba, 2009. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0328_0742_01.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

SARRETA, F. O. **O trabalho do assistente social na saúde.** Ciência et Praxis, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et>

Praxis/Volume-01-N02JulhoDezembro-2008/files/assets/basic-html/page40.html.
Acesso em: 23 ago. 2021.

SILVA, L. J. da. **O controle das endemias no Brasil e sua história.** Cienc. Cult. São Paulo, v. 55, n. 1, pág. 44-47, janeiro de 2003. Disponível em http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252003000100026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2021.

SILVA, A. O. **Organizações Participativas e a Deliberação da Política Pública de Saúde:** Um Estudo Comparativo de Conselhos de Saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai). 2007. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/8semead/resultado/trabalhosPDF/189.pdf>. Acesso em 22 ago. 2021.

SILVA, M. M.; LIMA, T. C. S. **Serviço Social e interdisciplinaridade na atenção básica à Saúde.** Revista Serv. Soc. & Sociedade, Campinas – SP, v. 11, p. 113-132, jan./jun. 2012.

SILVA, T. S.; SILVA, C. A. B. **A atuação do assistente social no âmbito hospitalar.** Revista eletrônica Univar. Ago. n.º 10, v.2, p. 36 – 40, 2013. Disponível em: www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/21/12. Acesso em: 21 ago. 2021.

SOUSA et al. **A efetivação do projeto ético político profissional no âmbito da assistência social.** 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-PEP-no-%C3%A2mbito-da-Assist%C3%A2ncia-Social.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS.** VII CONNEPI. 2012. Disponível em: <http://propi.iftto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** [Artigos] Saúde soc. v.19, n.3, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpdxBNj6HKvVrwTHxC5sH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SPOSATI, A. **Especificidade e intersetorialidade da Política de Assistência Social.** In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, Cortez, nº 77, 2004. Disponível em: portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc...gid... Acesso em: 21 ago. 2021.

VASCONCELOS, A. M. **Saúde e Serviço Social:** tendências nos anos 2000. Faculdade de Serviço Social – UERJ. Texto de subsídio para as palestras do

Seminário Estadual na Saúde Promoção: DSS/UFSC, CRESS e SMS de Florianópolis. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/prisma/Artigo%20Eduardo%20Mourao.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

YAZBEK, M. C. **O significado sócio-histórico da profissão**. 2009. Disponível em: http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/O_significado_socio_historico_da_profissao%20Yasbek.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.



UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE INTELECTUAL

Nós, Danila Oliveira Souza Lima; Eliete Angeli Pereira; Maria da Assunção de Souza Bonfim, aluno(a)s regularmente matriculado(a)s no curso de Serviço Social da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Polo Camamu/BA declaramos ser o(a)s autor(as) do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, intitulado: **“OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA POLÍTICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA”** isentando, mediante o presente termo, a referida Instituição de Ensino Superior, bem como o professor orientador, de qualquer ônus consequente de ações atentatórias à **propriedade intelectual** por nós praticadas, assumindo, por via de consequência, as responsabilidades civis e criminais decorrentes dessas ações.

Camamu/BA, _____ de _____ de 2021.

Aluno (a)	RG	CPF
DANILA OLIVEIRA SOUZA LIMA		
ELIETE ANGELI PEREIRA		
MARIA DA ASSUNÇÃO DE SOUZA BONFIM		

Assinaturas:

