



UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA

FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA

SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTONIA BARRETO PITON, NO MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA-BAHIA (2020/2021)

SOCIAL SERVICE IN THE HEALTH AREA: THE PERFORMANCE OF THE SOCIAL ASSISTANT IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM, CARRIED OUT AT THE ANTONIA BARRETO PITON FAMILY HEALTH UNIT, IN THE MUNICIPALITY OF DOM MACEDO COSTA-BAHIA (2020/2021)

JACINUBIA FREITAS DE JESUS

Graduanda do Curso de Serviço Social da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UNEF)
– Polo de Cruz das Almas- Bahia

EDUARDO ANTONIO PEDREIRA PAIVA

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

RESUMO

Este estudo versa sobre o Serviço Social na área da Saúde: a atuação do Assistente Social no Programa Saúde da Família, realizado na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton, no Município Dom Macedo Costa-Bahia (2020/2021). Tendo como objetivo geral, analisar a atuação do Assistente social e suas intervenções frente ao PSF no Município aludido. Para tal, na metodologia, efetuou-se uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa e de campo. O resultado foi atingido pois captou como efetua o seu processo de trabalho, indicando os desafios e as suas contribuições profissionais na expectativa da garantia dos direitos.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

This study is about Social Work in the area of Health: the role of the Social Worker in the Family Health Program, carried out at the Antonia Barreto Piton Family Health Unit, in the city of Dom Macedo Costa-Bahia (2020/2021). The general objective is to analyze the role of the Social Worker and his interventions in front of the PSF in the aforementioned Municipality. To this end, in the methodology, a descriptive research was carried out with a qualitative and field approach. The result was achieved because it captured how it performs its work process, indicating the challenges and its professional contributions in anticipation of the guarantee of rights.

Keywords: Social Work. Family Health. Unified Health System. Multidisciplinary Team.

I INTRODUÇÃO

A Ciência é um dos mais relevantes feitos da humanidade pela capacidade que o conhecimento da realidade observa, pelo prazer intelectual que permite aos que atuam e pelas respostas que trazem aos sujeitos sociais. Para Minayo (2014), a ciência é o instrumento pelo qual o indivíduo capta, vive e planeja sua permanência no mundo, tanto como sujeito quanto grupo. Ao estabelecer a ação, a ciência é a responsável por direcionar a sociedade e os indivíduos (MINAYO, 2014). Já para Tozoni-Reis (2010, p. 4), o conhecimento [...] é uma forma teórico-prática de compreensão do mundo, dos homens e das coisas. Trata-se de um instrumento para o entendimento das relações dos sujeitos entre si e deles com o ambiente em que vivem, em variadas, múltiplas e detalhadas dimensões [...].

Em 1994 foi introduzido no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido com Estratégia de Saúde da Família, este surge como critério para modificação e reorganização dos serviços oferecidos no sistema de saúde na atenção básica, objetivando romper com os protótipos convencionais da assistência, baseados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma proposta que arroga os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção básica, tornando possível aos usuários a aquisição de bens e serviços que assegurem aos mesmos o direito a saúde de modo integral e a Promulgação da Lei nº 8.080 que regulamenta os tópicos de estruturação do Sistema de Saúde ligado ao tripé da seguridade social, garantidos pela Constituição de 1988.

Este trabalho científico terá por finalidade, explicar a atuação do Assistente Social e sua influência sociocupacional no Programa Saúde da Família. Ademais, abordará e identificará a ação do Assistente Social frente a metodologia de trabalho adstrito a equipe multidisciplinar no PSF na Unidade de Saúde Familiar (USF), no Município de Dom Macedo Costa-Ba. Portanto esse trabalho científico tratará do tema: Serviço Social na área da saúde: a atuação do Assistente social no Programa Saúde da Família, realizado na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton, no Município de Dom Macedo Costa- Bahia (2020/2021).

Nessa lógica, o problema desse tema se proporá conhecer qual a importância da atuação do Assistente Social no Programa Saúde da Família no Município de

Dom Macedo Costa-Bahia. Presumindo teoricamente uma resposta ao problema será elencado como pressuposto: considerando que o Assistente Social atua na expectativa de garantir direitos em conformidade com os critérios legais da Política de Saúde, é de suma importância a sua atuação no acolhimento e assistência as famílias do Programa Saúde Família.

Desta maneira, o objetivo geral deste artigo visará analisar a atuação do Assistente social e suas intervenções frente ao Programa Saúde da Família no Município de Dom Macedo Costa-BA. O objetivo geral se fraciona nos seguintes objetivos específicos: descrever de forma sucinta a legislação do SUS e a sua importância social; abordar os processos de trabalho do Assistente social no acompanhamento dos usuários aos serviços, e por conseguinte, Reconhecer as técnicas do Assistente social frente as estratégias a equipe multidisciplinar do programa.

Sendo assim, o presente artigo será dividido em quatro unidades temáticas, na primeira unidade será abordada as competências do SUS, sua legislação e importância Social. A segunda unidade tratará do Programa Saúde da Família: O Serviço Social comprometido com o novo modelo de assistência protetiva a saúde da família, enquanto que a terceira unidade abordará sobre o Assistente Social e a equipe multidisciplinar no programa de Saúde da Família no Município de Dom Macedo Costa- Bahia, para concluir a quarta unidade tratará das Condições de trabalho do Assistente Social no Programa Saúde da Família, em Dom Macedo Costa- Bahia.

O motivo pela escolha dessa temática, justifica-se pela necessidade de compreender como o profissional do Serviço Social atua na expectativa do direito, com um olhar analítico corroborado pelos fundamentos norteadores do Código de Ética Profissional, e pelas competências ético- política, teórico- metodológica e técnico-operativa, de modo que venha nortear a sua atividade profissional e contribuir na formação acadêmica dos futuros Assistentes Sociais. Tendo como relevância colaborar com a garantia de direitos da população e de um projeto profissional envolvido com os interesses e carências dos usuários.

A metodologia consiste em uma parte importante para a formação do conhecimento científico. Dado que este, como esclarece Gil, só pode ser, denominado

assim, na proporção que “é possível determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento” (1999, p.26). Assim sendo, entende-se que a metodologia como o conhecimento crítico dos acessos a construção científica investigando sobre seus limites e perspectiva (DEMO,1989); necessitando, portanto, elucidar os procedimentos utilizados pelo pesquisador.

O exposto trabalho seguirá uma abordagem qualitativa, procurando inquirir a intervenção do Assistente social a respeito do processo de trabalho no Programa Saúde da Família do Município. O método qualitativo, fez-se altamente coerente, uma vez que ele “preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano” (MARCONI e LAKATOS, 2004, p.269).

O tema aqui desenvolvido, se estabelecerá em uma pesquisa do tipo descritiva, conforme, Santos (2004) a evidencia como “um levantamento das características conhecidas que compõem o fato/fenômeno/processo” (SANTOS, 2004, p.26), usualmente sendo efetuada a começar de investigações sistemáticas do objeto de estudo de forma exploratória, com método hipotético dedutivo. A pesquisa será realizada na cidade de Dom Macedo Costa BA, na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton na cidade supracitada, que é determinada como unidade de atendimento à saúde básica.

Este artigo monográfico, utilizará de entrevistas para colher dados. A entrevista, trata-se de uma conversa oral entre duas pessoas e, de acordo com Alves-Mazzotti (1999 apud MARCONI e LAKATOS, 2004). As questões para a entrevista serão formuladas com base na revisão bibliográfica sobre a atuação do Assistente Social no processo da Saúde da Família. Os objetivos da pesquisa servirão como alicerce na elaboração do roteiro da entrevista, os sujeitos do estudo será a Assistente Social da unidade e duas usuários dos serviços.

A pesquisa de campo, trata-se de um estágio do trabalho acadêmico, que acontece logo depois da pesquisa bibliográfica. Esta existe para que o pesquisador consiga coletar materiais, que em seguida serão analisados. “Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los”. (LAKATOS e MARCONI, 2003, p. 186). A pesquisa de campo sugere

uma incorporação dos dados colhidos pela pesquisa. Conforme José Filho (2006, p.64) “o ato de pesquisar traz em si a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos”.

A escolha destas participantes se dá porque as mesmas poderão falar do programa e da atuação do profissional através da sua vivência e conhecimento. Vale ressaltar que elas terão suas identidades preservadas. A temática desenvolvida se refere, sobretudo, a atuação do Assistente Social no sistema de trabalho na saúde da família. Este processo será realizado por meio da visita de campo e entrevistas.

Este trabalho científico acontecerá através de uma investigação de conteúdo documental e bibliográficos, fragmentada em três fases distintas: a pré-análise; o estudo do material e a abordagem dos resultados; interpretação e a conclusão. No tocante a análise e discussão dos resultados envolverá as seguintes etapas: apresentar o encontrado na pesquisa, colocar as falas das entrevistadas, estabelecer uma argumentação própria do conteúdo com base teórica e contextual e por fim dialogar com a literatura;

No que tange às questões éticas, está se propôs a respeitar as recomendações tanto do Código de Ética Profissional do Assistente Social como da Resolução CNS 196/96, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, acerca das atribuições prerrogativas e competências do Assistente Social que orienta o exercício profissional (BRASIL, 2006).

Os resultados desse trabalho científico evidenciam que: deve-se levar em consideração que não há um método decisivo na avaliação do Programa Saúde da Família, mas um processo em construção em que várias mudanças são exigidas diariamente, tanto no que se refere ao programa aqui abordado como na avaliação do mesmo.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUA LEGISLAÇÃO E IMPORTÂNCIA

A cada período da história, atuação da Saúde Pública e suas práxis, estabelecem estreitos vínculos com os movimentos econômicos, políticos e sociais. Verifica-se que a todo momento a Saúde Pública, acompanhou os aspectos vigentes

da sociedade, estruturando-se conforme a carência e cenário inerentes. No Brasil, caracteriza-se como política pública de saúde com início no século XX com a estruturação das práticas sanitárias, surgindo no contexto sociopolítico do País, na conformação do capitalismo brasileiro (NUNES, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2000) a saúde pública, acha-se convencionalizada na esfera das políticas públicas de encargo público e como direito social, vista como uma política social de amparo aos indivíduos. Conforme com o século e a atuação dos municípios e de sua população, segue especificando a organização do trabalho de saúde pública, indicando por meio da precisão de conhecer a vida na comunidade, seus costumes, os modos de sociabilização, as peculiaridades na maneira de viver. Assim consentindo nos seus modos de proteção e assistência. “A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltadas as relações interpessoais, a vida familiar privada e a ocupação do espaço públicos nas cidades” (VASCONCELOS, op.cit.p.29).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado pela Constituição Federal de 1988 na eminência de atender as normas constitucional que declara a saúde como um direito de todos e dever do Estado, prescrito pela Lei nº. 8.080/1990. (BRASIL, 1990). Desde o início, todo o povo brasileiro passou a dispor do direito à saúde universal gratuita, subsidiada com os recursos da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, em consonância com o artigo 195 da Constituição, trazendo largas alterações para a política de saúde no Brasil. De modo que, a Constituição de 1988 determinou que a saúde é parte da seguridade social (art. 194), conjunto integrado de intervenções de disposição dos poderes públicos e da sociedade destinada a garantir os direitos aos cidadãos. (BRASIL, 1988).

A Constituição determina também, cinco princípios básicos que regulam juridicamente o SUS, são eles: Universalidade (art 196), Equidade (acesso universal e igualitário”), (art 196-descentralização (art 198-1), Integralidade (artigo 198-II) e Participação Social (artigo 198-III). Os principais tópicos acordados na Constituição de 1988 foram:

direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede

hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato direto público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais (BRASIL, 2018, p. 78 e 79).

A composição da Constituição foi firmada nas propostas do movimento sanitário, com determinadas restrições no momento em que os interesses do movimento se divergiam dos interesses do governo e empresários. Dessa maneira o SUS consiste legalmente na Lei Orgânica de Saúde-LOAS, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as disposições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o desenvolvimento dos serviços correspondente. Essa lei institui que em toda nação brasileira as ações e os serviços de saúde, exercidas separadas ou em conjunto, em caráter definitivo ou condicional, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990 apud CONASS, 2003).

Ademais, regulamenta o Sistema Único de Saúde, que é fundamentado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (OMS, 1998). Para isto, a Constituição de 1988 estabeleceu também as diretrizes para a implantação do SUS, através de uma rede hierarquizada e regionalizada, sobre o controle dos princípios de integralidade, descentralização e participação da população. No entanto os avanços legais no âmbito da CF/88 e das Leis Orgânicas da Saúde –LOAS- Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990, o cumprimento de uma política pública de saúde como direito ainda não conquistado. (BRASIL, 1988).

Enquanto o SUS buscava dar os seus primeiros passos, em sentido a sua Implantação, na década de 1990, experimenta-se um processo de reorientação do papel do Estado, motivado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesta circunstância, apesar dos avanços contidos no texto constitucional, existiu um intenso ataque partindo do grande capital, associado aos grupos dirigentes (SOUZA, 2014).

Em vista disso, a proposta de Política de Saúde elaborada na década de 1980 tem sido desmontada. A saúde, mantém-se associada ao mercado, pondo em

evidência as parcerias com a sociedade civil, encarregando-a de assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e defensores para efetuarem ações trabalhistas, com o propósito de diminuir os custos (BRAVO, 2006).

Logo, é possível relatar que determinadas questões dificultavam a possibilidade de progressão do SUS como da política social cujo convém enfatizar: a desobediência ao princípio da equidade na destinação dos recursos públicos pela não concentração dos orçamentos federal, estaduais e municipais; distanciamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre atenção curativa e cautela, existindo prevalência para a assistência médico/ hospitalar em perdas das ações de estímulo e proteção da saúde (BRAVO, 2006).

Nesse sentido, a ampla percepção de saúde com seu desenvolvimento para um modelo de atenção na esfera do SUS, que de fato garanta a efetividade, integralidade, qualificação e a sociabilização dos serviços de saúde, além disso corresponde a um desafio intenso. Estes modelos de atenção, associados com as distintas propostas vigentes na esfera do sistema de saúde no Brasil, interligados a proposta de Reforma do Estado para o âmbito da saúde ou contra- reforma, existe resolução em dois projetos que convivem em distensão até hoje: o projeto de reforma sanitária, elaborado na década de 1980 e registrado na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999 APUD BRAVO, 2006).

É de uma acentuada importância o papel do SUS, como ferramenta de estímulo da equidade na assistência das necessidades de saúde dos cidadãos. Ocorreu com início na constituição Federal de 1988, a constatação do expressivo papel do princípio da igualdade na ordem jurídica para indivíduos com deficiência, este princípio está intrinsecamente ligado a ótica da lei própria ao Estado de Direito, consistindo em um dos seus alicerces fundamentais, tencionando o exercício de um direito igualitário para determinado indivíduo, em outros termos, que a interposição do Estado terá de ser empregada na mesma proporção para todos. Portanto, trata-se da igualdade jurídica, que garante a equidade de disposição de todos para usufruir dos direitos e assegura a qualquer pessoa o exercício vigente dos referidos direitos (MELLO, 1997).

Pode-se compreender o SUS como princípios finalísticos que abarca a universalidade, a integralidade e a equidade e organizativos. No que se refere à Universalidade: assegura o atendimento aos cidadãos sem qualquer diferenciação social, racial ou econômica. Já a Equidade enfatiza a uniformidade no atendimento de todos os indivíduos diante do Sistema Único de Saúde, enquanto que a integralidade de respeito a conformidade das ações de saúde voltadas para a cura e a prevenção. (ALVES, 2009).

E ainda, a organização da rede de serviços do SUS deve ser aplicada de modo hierarquizado e regionalizado, propiciando amplo conhecimento dos problemas de saúde populacional de uma área demarcada, favorecendo serviços e ações de saúde que sejam adequadas a cada realidade local, transferindo os casos mais graves para lugares de maior complexidade como hospitais especializados (ALVES,2009).

O controle social é o outro princípio finalístico a ser exposto, que compreende a obrigatoriedade da participação de todas as pessoas. Assim sendo, o controle social é o direito constitucional que todo o cidadão tem por intermédio das instituições representativas que poderão cooperar no processo de elaboração das políticas de saúde e do controle de sua efetuação, participação essa, que é executada nos conselhos de saúde (ALVES,2009).

Através da Atenção Integral de serviços o SUS oferta seus serviços a população, sendo divididas: pela Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A adesão as NOB's de 1993 e 1996 permitiu um progresso com relação a gestão do SUS expandindo a acessão das pessoas às ações e aos serviços de saúde; aumentando a capacidade instalada na elaboração de regulação, ações de controle, auditoria e avaliação, sistemas de marcação de consultas informatizados, procedimentos especializados; internações hospitalares, acresceram a participação dos conselhos municipais e espaços de saúde; aumento da participação referentes a custos ambulatoriais relativos aos hospitais; e a restrição das internações desnecessárias (SOLLA, 2006).

Em 2001, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS com o objetivo de avançar na regionalização, descentralização, e hierarquização das ações

de saúde. No ano subsequente, foi aprovada a NOAS 01/2002 para desfazer os embaraços, a vulnerabilidade e inadequações metodológicas provenientes da anterior. (BRASIL, 2002).

Seu melhoramento consistiu na consolidação das ações de avaliação, controle e regulação; da regionalização na pauta com prevalência dos gestores do SUS fracionada nos três âmbitos de governo e o crescimento do emprego da Programação Pactuada Integral - PPI. A PPI é uma ferramenta formada pela Secretaria Estadual de Saúde associada com o município em que se possibilita, em acordo com contratos instalados pelos Planos de Regionalização, que as assistências consigam ser concedidos por outros Municípios (ALVES, 2009).

Segundo Fireman (2007), apesar de diversos avanços, a efetivação do SUS depara com alguns problemas, visto que a saúde ainda não é considerada como direito efetivo. A população que necessita dos serviços ainda não consegue ter acesso e, quando ingressam nos serviços, este não tem muita qualidade. É primordial consolidar a atuação popular, o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, como norma para ultrapassar essa condição.

O SUS necessita determinar de forma efetiva as ações e serviços conforme a carência da população, deve ser eficiente e eficaz, em outras palavras, o serviço ofertado precisa ser satisfatório, para mostrar resultados positivos no momento em que a população tiver acesso, com padrão de qualidade na assistência, todavia só isso não satisfaz,

(...) é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde (FIREMAN, 2000, p.7).

Fireman (2007), verifica algumas evoluções nessa maneira de implantação do SUS, porém, certamente, carece de diversas adaptações a serem realizadas na expectativa de atender a todos com competência, com o propósito de desconstruir a percepção geral, de que, caso o sujeito do SUS esteja necessitando dos serviços, elas

morrem na fila. Enfim, essa concepção só dar vazão a desestatização dos serviços de saúde, fortalecendo o meio de desconstrução dos direitos sociais.

Na unidade a seguir, será tratado de questões referentes ao serviço social, partindo da conceituação e historicidade da família e sua importância para a sociedade, e fazendo uma sucinta explanação sobre o Programa Saúde da Família como um modelo novo de assistência e para concluir a unidade, tratar-se-á do compromisso do Serviço Social com as políticas protetivas.

2.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: O SERVIÇO SOCIAL COMPROMETIDO COM O NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA PROTETIVA A SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Siqueira (1992), família são pessoas aparentada que geralmente habitam na mesma residência, em particular o pai, a mãe e os filhos; pessoas ligadas por vínculos de parentesco, por laços de sangue. Para Simões (2008), a família consiste na instância elementar, onde a identidade e a questão do pertencimento são aprofundadas e mantidas, tornando-se o lugar onde conhecemos os preceitos e condutas pessoais. Para Simões (2008) A família é reputada como centro integral de convívio de cidadãos, onde os membros integrantes suprem as necessidades, uniformemente, de maneira que sustenha o retrato social da família. O autor descreve:

Nas formas pré-capitalistas, em que predominava a economia agrária, eram as relações de parentesco que organizavam as relações de trabalho, distribuindo as tarefas sociais e os bens econômicos. Segundo os diversos graus e vínculos familiares. Em uma fazenda brasileira, até os meados do século XIX, eram ainda as relações familiares que organizavam as relações de produção distribuídas segundo obrigações do grau de parentesco, idade, sexo, religiosidade e outras determinações (SIMÕES,2008, p.190).

Conforme o mesmo autor, com a revolução burguesa e o progresso do sistema capitalista, a família segue abstendo de ser nuclear na organização dessas relações de produção; posto que inicialmente as fábricas pertenciam as famílias, as entidades industriais adotaram relações progressivamente mais comuns, o gênero fordista similarmente favoreceu para que isto ocorresse. Simões (2008) salienta que:

A família excluída da organização da produção, tornou-se modernamente em unidade de consumo, sem qualquer vínculo com a organização do trabalho industrial, comercial, bancário, agrário e de serviços. As relações familiares passaram a ser adotadas como símbolos de propaganda e marketing, suscitando o intenso desejo de consumo de produtos, segundo os diversos papéis familiares de seus membros, a mulher, por exemplo, como dona e casa, avó, mãe, filha esposa. (SIMÕES, 2008, p. 191).

De acordo com Simões, as famílias se encontra mais e mais restrita, conhecida como família nuclear e sob inúmeras ligações (família natural, substituta, reconstituída ou monoparental e adotiva), mantendo sujeitas a acessos de acelerado empobrecimento e de desterritorialização, causada por deslocamentos migratórios (SIMÕES 2008).

No decorrer dos anos a família passou por transformações, conforme Lôbo (2009) no último século, a família vivenciou concretas mudanças, sobretudo no que diz respeito ao papel, a natureza, a formação e a concepção do que se conceitua família depois da chegada do Estado social. O autor ainda mostra a relevância e as atribuições históricas da família: no decorrer da história, em todo tempo se outorgou à família diferentes atribuições, conforme o progresso. “Sua estrutura era patriarcal, legitimando o exercício dos poderes masculinos sobre a mulher – poder marital, e sobre os filhos – pátrio poder” (LÔBO, 2009, p. 02).

Gonçalves (2014) verifica que a organização familiar no direito romano, guiava-se de acordo com o princípio da autoridade, desta forma por meio do pater famílias, exercia-se o direito de vida e de morte (*ius vitae ac necis*) sobre os filhos. Já no que refere a compreensão de Lôbo (2009), no decorrer da evolução ocorre um enorme paradigma a cerca da unidade familiar.

Gonçalves (2014) aponta a considerável alteração do poder desempenhado pelo pater famílias e certa autonomia dos outros integrantes da organização familiar, a medida que a família romana se desenvolveu, foi aos poucos diminuindo o controle do pater, que em decorrência, ocasionou à mulher e aos filhos independência. Este regime de transformação substituiu o pátrio poder do homem, pela representação do poder familiar desempenhados pelos pais (homem e mulher) (ROCHA, 2003).

Lôbo (2009, p. 271) explica como poder familiar “o exercício da autoridade dos pais sobre os filhos, no interesse destes. Configura uma autoridade temporária, exercida até a maioridade ou emancipação dos filhos”. No que corresponde ao marco da emancipação da representação feminina em ocupar o poder familiar, Pereira (2012, p. 24) esclarece que “os papéis masculinos e femininos se misturaram e tudo está sendo repensado na organização jurídica da família. Este é um fenômeno que vem acontecendo em todas as organizações jurídicas ocidentais”, chegando uma família mais maleável e democrática.

Ao que destaca Dias (2013), a hierarquia familiar facultou à democratização da família, ocasionando muitas relações mais democráticas e com recíproca estima, fundadas em características de lealdade. Estas constatações apresenta ” O reconhecimento social dos vínculos afetivos formados sem o selo da oficialidade fez as relações extramatrimoniais ingressarem no mundo jurídico por obra da jurisprudência, o que levou a Constituição a albergar no conceito de entidade familiar o que chamou de união estável” (DIAS, 2013, p. 33). Desta maneira, modificou-se a realidade da família, o padrão tradicional de um homem e uma mulher unidos pelo casamento e cercados de filhos se distanciou e, ampliou-se, visto que as famílias estão recompostas, são monoparentais, de relações homoafetivas, etc. (DIAS, 2013).

Diante do exposto, pode-se dizer que essa breve conceituação de família e o seu período histórico se dá, para que haja uma maior compreensão da importância de criar um novo modelo de assistência baseado nas necessidades da família, já que, conforme Goulart (2020) estas trazem alguns fatores que influenciaram para a adoção de políticas sociais.

A saúde até na metade dos anos 70, estava limitada a quem possuía vínculos empregatício ou de maneira distinta, isto é, a maior parte da população necessitava do serviço de saúde, com a implantação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser tida como “Direito de cidadania e um dever do Estado. Em 1994, o Ministério de Saúde, criou o Programa Saúde da Família-PSF, tencionando seguir os princípios básicos do SUS, com o desafio de assegurar a população o acesso a qualquer serviço de saúde de modo igualitário. O objetivo era reestruturar as ações de atenção à saúde em bases atuais e substituir o modelo tradicional, desfazendo do aspecto inerte das

Unidades de Saúde-US, induzindo as ações de saúde para perto da família e, por conseguinte aprimorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1994).

O foco do programa, de acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde, fundamentava-se em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de maneira integral e consecutiva, ou seja, reestruturação e reordenamento dos serviços oferecidos no sistema de saúde na atenção básica substituídos os modelos tradicionais de assistência e atendimento (HOFFMANN, 2007).

O intuito do Programa Saúde da família é de cooperar para a reorientação do modelo de assistência a começar da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, criando um processo novo de ações nas Unidades Básicas de Saúde-UBS, com extensão de equilíbrio entre a população e os serviços de saúde (BRASIL, 1997). As equipes do Programa Saúde da Família operando corretamente, são adequadas para solucionar 85% das solicitações da saúde em sua comunidade, proporcionando um bom nível de assistência, evitando doenças, impedindo internações sem necessidade e tornando melhor a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A eclosão do PSF, abordada pelo Ministério da Saúde, vislumbra a habilidade do reconhecimento da família na pauta das políticas sociais brasileiras. Não se trata de um simples atendimento, paradoxalmente, trata-se de uma ampliação da atenção primária à saúde em sentido à inserção de atividades educativas, preventivas, e curativas com mais proximidade da vida diária das pessoas, principalmente, dos grupos com vulnerabilidade (VASCONCELOS, 1999). A atenção primária à saúde - APS é associada a uma assistência de pouco gasto, uma vez que aparenta se referir a um serviço comum, fazendo uso modestos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica própria de estruturar a prática repleta de específica complexidade (SCHRAIBER,1996).

Nessa perspectiva, o PSF preconiza uma dinâmica nova para organizar os serviços de saúde, possibilitando uma relação com mais proximidade dos profissionais com o seu instrumento de trabalho, assim dizendo, mais próximo das pessoas, das famílias e comunidade, empregando um acordo para fornecer assistência completa e

deliberativa a toda população, que tem garantida promoção através de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional que disponibiliza assistência conforme as demandas populacional, reconhecendo os fatores de risco e interferindo de modo adequado. Logo, o PSF se trata de estratégia considerável para a mudança do modelo assistencial observando o padrão de vida da comunidade (ROSA,2005).

Antes de tudo, é crucial ressaltar que não há apenas um processo de trabalho do assistente social, e sim diferentes processos de trabalho, que se dispõem em conformidade com as “exigências socioeconômicas e sócio-políticas do processo de acumulação” e não são idênticos em todos os contextos em que estão inseridos os profissionais, pois mudam em razão das condições e relações sociais em que se realizam (IAMAMOTO, 2001, p.95). Muitos são os espaços sócio ocupacionais, de natureza pública ou privada, nas empresas lucrativas, ou não, e que apresentam demandas distintas conforme os objetivos institucionais. A eclosão do Serviço Social está intimamente relacionada ao enfrentamento das expressões da questão social, onde se faz necessário entender o que é e quando surgiu a questão social.

Segundo Iamamoto (2008), a questão social resulta das expressões fomentadas por causa do processo de amadurecimento, a classe proletária que ao longo da evolução do capitalismo monopolista, insere-se na esfera política, requerendo o acesso da referida na conjuntura política reivindicando seu reconhecimento por meio do Estado e dos empresários. O início da questão social está relacionado diretamente à disseminação do trabalho livre, numa sociedade onde a escravidão marca sobremodo o seu recente passado. Onde a divisão entre meios de produção e o homem acontece distante das linhas da formação econômico-social brasileira (IAMAMOTO,2008).

Até aos dias de hoje a história de toda sociedade humana é uma história de luta de classes. Homens livres e escravos, patrícios e plebeus, senhores e servos, mestres e aprendizes, em uma palavra: opressores e oprimidos (MARX E ENGELS, 1981:30 apud MARTINELLI, 2008, p. 54). A questão social é resultado da contradição entre as classes na sociedade capitalista. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2008), a urgência da questão social, efetuou-se na metade do século XVIII com a

Revolução Industrial e a incorporação dos trabalhadores na conjuntura política reclamando seus direitos.

O exame a que é impelida, prejudicando sua competência vital, e o esforço defensivo que os trabalhadores manifestam, eclodirão, em a qualquer instante, para os remanescentes da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus mais intocáveis preceitos, “a moral, a religião e a ordem pública”. Decreta-se a partir desse ponto a urgência do controle social da exploração da força de trabalho (IAMAMOTO E CARVALHO, 2008, p. 126).

Ainda de acordo com Iamamoto e Carvalho (2008) a instituição do Serviço Social acontece dentro desse seguimento da história, da atitude da Igreja Católica na década de 1920, de aspecto cauteloso e se aprimora no começo da década de 1930, onde no primeiro instante o Serviço Social dispõe uma concepção pautada no assistencialismo, na filantropia, isto é, consistia em uma ação estritamente beneficente. Com o aparecimento de demandas novas o Serviço Social passa a procurar técnicas modernas para a intervenção, que consigam auxiliar a população de modo mais organizado. Todavia, para a manifestação do Serviço Social, como conjunto de atribuições reconhecidas legalmente no meio da divisão social trabalhista, terá que atravessar uma rota de mais de duas décadas.

Em conformidade com Martinelli (2008) o princípio do serviço social como profissão tem, porém, o traço significativo do capitalismo e do conjunto de aspectos que a ele, acha-se implícito – antagonismo, alienação, contradição-, porque foi nessa ampla corrente que ele foi elaborado e ampliado. A autora declara que, apenas a partir do instante em que a base crítica da percepção social dos agentes se expandiu, foi que eles passaram entender a submissão e indiferença a que seu exercício era subjugado pela classe burguesia. Conscientizando dos momentos factuais que determinavam suas ações, os agentes passaram a procurar ruptura com os modelos reificados das práxis, que distinguia a sua trajetória profissional.

Com o despertar da consciência crítica e o passar do tempo, o Serviço Social passa a procurar novas metodologias para a intervenção, e a datar da década de 1960 a profissão vive o Movimento de Reconceituação, que busca uma atuação profissional

diferenciada da atual até então e a idealização de uma certa teoria que fortalecesse da atividade profissional. Frente as demandas que aparecem no passar da carreira, o Serviço Social vem buscando novos meios de interferir no dinamismo da realidade. E como tal o Assistente Social precisa acompanhar essas mudanças para poder intervir de maneira eficiente tencionando o progresso da cidadania. Para Iamamoto (2010 p.205) o Movimento de Reconceitualização “é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão”...

Na próxima unidade será abordado o trabalho do Assistente Social e da equipe multidisciplinar, trazendo um pouco das suas atuações na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton no Município de Dom Macedo Costa -Bahia. E as contribuições da equipe e ainda qual a relação de ambos com o Programa Saúde da Família (PSF).

2.2 O ASSISTENTE SOCIAL E A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOM MACEDO COSTA- BAHIA

É bastante considerável a atuação do Assistente social, no reconhecimento e conferências dos requisitos sociais dos usuários e da comunidade, a todo momento atuando conjuntamente com os demais profissionais pretendendo agir na garantia de direitos e acesso aos serviços de saúde à população. Com base no entendimento que o processo saúde-doença é marcado na sociedade, o assistente social é um profissional significativo para compor a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde na ótica de sua intervenção nos fatos socioculturais e econômicos para reforçar o efeito dos programas no campo de ação. Nesse sentido, o assistente social possui atribuições e competências que lhe são prerrogativas e lhe garantem sua especificidade. (IAMAMOTO, 2000).

Na área da saúde, o Ministério da Saúde estabelece oito atribuições ao Assistente Social. São elas: Discutir com os usuários as situações problema; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social dele; informar e discutir

com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania; elaborar relatórios e pareceres sobre matérias específicas do Serviço Social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente. (BRASIL, 2001).

Conforme observado o Assistente Social na área da Saúde no Município de Dom Macedo Costa Bahia, pertence a equipe multidisciplinar no qual fazem parte outros profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, dentistas, técnico em radiologia, etc. É preciso que o profissional de Serviço Social disponha de visibilidade às suas competências e atribuições no meio desta equipe, é crucial que outros membros da equipe possuam entendimento de qual é o papel do Assistente Social na área de atuação, para que não suceda armadilhas que conduzam o profissional a desempenhar atividades que não são próprias as suas atribuições e competências, de acordo a Lei de Regulamentação da profissão.(BRASIL, 2001)

Este é um problema para o profissional de Serviço Social, em razão de que requer que ele rompa com certos estigmas postos pelos demais grupos a cerca da profissão, a exemplo, que o assistente social é responsável em transmitir as notícias de morte ou realizar ligações para a família dos usuários. Dentre outros exemplos. Iamamoto (2002) oferece suas contribuições a respeito disso: “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais” (IAMAMOTO, 2002, pag. 41).

Cada profissão na verdade, tem sua especificidade e é isso que integra a unidade no meio da equipe multidisciplinar. Promover instrução características de cada local evidencia a oportunidade de implantação coletiva e transformações. Agir em unidade com as demais categorias é expandir a galeria de resultados às reivindicações dos usuários. Falcão (1982) declara que o serviço social é uma profissão que precisa considerar as condições onde o sujeito está/esteve inserido, a fim de responder à situação problema. Pois, a realidade social pode corresponder com os contextos precedentes ou presente à referida.

A descrição da profissão, possibilita ponderar a respeito dos problemas postos para o profissional de Serviço Social no campo da saúde, visando a cultura do médico como aspectos hegemônico. Nesta perspectiva, apenas o assistente social conectado às suas atribuições e competências é capaz de desfazer costumes e conseguir o espaço que corresponde a ele. Isto é, compete ao assistente social ter entendimento do seu papel não importa qual seja seu local de atuação porque em condição parecida à citada consiga, estabelecer-se e alcançar o espaço que é do Serviço Social na saúde. (IAMAMOTO, 2012).

A atividade profissional do Assistente Social sofre as mudanças na esfera trabalhista, em consequência de sua intervenção, e esta, não depende de seu interesse e detém somente uma adequada autossuficiência, em razão da sua proposta profissional

[...] supõe uma dupla dimensão: as condições macros societárias que tecem o terreno sócio histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual e de outro lado, as respostas de caráter ético político e técnico-operativo-apoiadas em fundamentos teóricos-metodológicos-de parte dos agentes profissionais a esse contexto. (IAMAMOTO, 2006, p. 171).

Nesta sequência, é importante que o Assistente Social avance e suplante o referido e o aparente, para compreender a dinâmica da realidade social e, logo, estruturar suas ações profissionais procurando ultrapassar o caráter urgente e burocrático na saúde. Assim, auxiliará nos espaços sócio ocupacionais que está inserido, agindo nos movimentos de resistências às desigualdades sociais e ampliando dispositivos que intensifique a participação social. Desse jeito, torna-se inevitável a ruptura com as convenções e as burocracias com o propósito de intensificar as referências trazidas pelos usuários nos atendimentos, em particular no plantão social, e ponderar na reforma do trabalho, respaldando nas reais situações da saúde e da vida dos usuários (IAMAMOTO, 2002).

O conhecimento profissional do Assistente Social lhe propicia recursos para apreender a plenitude; para perceber os usuários como cidadãos históricos; identificá-los como cidadãos de direitos, habilitados a serem participantes na sociedade e, ainda, está mais ligado a realidade social, o que possibilita uma leitura crítica e uma

intervenção tática da realidade. O Serviço Social se profissionaliza na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio institucionais no âmbito das políticas sociais. [...]” (ALMEIDA, 1996, p.27). Desta maneira, para fazer uma atuação pertinente e crítica do Serviço Social na área da Saúde, em conformidade com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais, necessita procurar proveitosas atividades em equipe, visando a interdisciplinaridade da atenção em saúde.

A complexidade da questão social com a qual os profissionais lidam cotidianamente, demanda diálogo, cooperação... e constituem possibilidades de alianças com outras áreas do conhecimento na realização do trabalho em equipe, a partir de uma visão mais ampla no que se refere à efetivação do acesso ao direito, como cidadania e não apenas quanto a execução dos serviços prestados (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p. 7).

Vasconcelos explica que “difícilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional” (VASCONCELOS, 2012, p. 443). O assistente social discerne o valor da equipe para a assistência dos usuários e se identificam como um profissional qualificado da equipe.

No dia a dia da atuação profissional do Assistente Social, o planejamento é empregado como estratégia, uma ferramenta importante para a ação profissional. No plano profissional específico, faz-se indispensável uma orientação lógica à ação visando contribuir com o processo coletivo de trabalho. Não havendo o processo regular de ponderar sensatamente as ações corre o risco de se debelar as práticas burocráticas, com atividades desinteressantes e rotineiras. Deste modo, planejar a ação profissional assegura a hipótese de um refletir contínuo acerca da eficácia, efetividade e competência do trabalho desenvolvido, exprimindo as dimensões do fazer profissional com as esferas ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa (MIOTO; NOGUEIRA, 2006b).

Diante do exposto, pode-se dizer que compete ao profissional de serviço social, um contínuo comprometimento e responsabilidade em lutar a favor do cumprimento das diretrizes propostas pelo SUS, empregar seus instrumentos de trabalho adequados perante as referidas propostas. O papel do assistente social nos serviços de saúde é garantir a integralidade e a efetivação das ações previstas na lei orgânica de saúde nº 8080, que relata as políticas e funcionamento do SUS. “Essa lei dispõe

sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vigorando todo território nacional para qualquer ação aos serviços de saúde realizados por pessoas ou empresas”. (BRASIL, 1990)

Visto que a lei 8080 aborda o Sistema Único de Saúde: dos princípios e diretrizes, dos objetivos e atribuições, da organização, da decisão e da gestão, do funcionamento, dos recursos e da gestão financeira. O Assistente Social é um profissional que trabalha empenhado em amenizar questões políticas, econômicas e sociais da comunidade. O Serviço Social busca das respostas as refrações da questão social e cria competências para contribuir na elaboração, administração e no planejamento das políticas públicas. Dessa maneira, aprimora o projeto ético político, que conduzido pelo princípio da autonomia dos indivíduos, fortalece os princípios democráticos, na contingência da preservação dos direitos. (BRASIL, 1990)

De acordo com o verificado, o Assistente Social foi introduzido na equipe do Programa da Saúde da Família em Dom Macedo Costa-Ba, com a admissão de uma profissional do Serviço Social para atender as necessidades existentes na Unidade da Saúde da Família Antonia Barreto Piton. Por reconhecer a necessidade da atuação profissional nas áreas do Programa Saúde da Família, houve o espaço de atuação do assistente social na Saúde da família para contratar uma assistente social por meio de processo seletivo.

Conforme constatado, os objetivos do Serviço Social do PSF de em Dom Macedo Costa/Bahia são produzir ações que assegurem escuta e atendimento ao usuário; fomentar e contribuir no processo de consolidação da autonomia e na ordenação específica dos usuários; apoiar os usuários na edificação e ressignificação de seu objetivo de vida; otimização de ações incluídas com os funcionários da equipe correlacionados com o local de atuação em atenção à saúde e a outras políticas públicas;

E ainda criação de grupos que possibilitem relações mais humanas e social por meio das trocas de informações e construção de rede de apoio; socializar instruções com as outras classes profissionais, com o objetivo de melhorar as ações criadas pela

equipe e, envolver-se em discussões de situações experimentadas por usuários e/ou sua família na busca de solucionar o problema; estimular a participação e formação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde e demais Conselhos de Direitos e Reuniões da Comunidade. (BRASIL, 2009).

Conforme observado, os objetivos relacionados o Serviço Social supracitados, desenvolvem ações no Programa Saúde da Família de Dom Macedo Costa/Bahia que são: fornecer instruções e esclarecimentos aos usuários, a grupos e a população como todo, encaminhar providências, prestar orientações informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania; assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais que existe na comunidade, viabilização do processo de mobilização, organização e controle social; desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade; identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações Inter setoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população.

E ainda como determina o Ministério da Saúde: reconhecer, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade (Conselho Locais de Saúde); debater constantemente o conceito de cidadania conjuntamente com à equipe de trabalho e à comunidade, ressaltando os direitos à saúde e os critérios que os justificam; formular, conduzir e praticar qualificações para os profissionais da Saúde da Família; efetuar assistências individuais de demandas espontâneas e/ou especificadas na Unidade Básica de Saúde da Família; emitir pareceres sociais, laudos e fornecer explicações técnicas referentes temas de atribuição do Serviço Social; na condição de supervisora de campo acompanhar estagiários(as) de Serviço Social, (contanto que haja supervisão acadêmica). (BRASIL, 2009).

Assim sendo, o Serviço Social tem sua história no campo da saúde marcado pelo compromisso ético-político, desempenhando um trabalho de melhor qualidade para a população, levando-os para a participação social, na proteção de seus direitos e recebendo-os na abertura do sistema, em outros termos, no Programa Saúde da Família. Desse jeito, o Assistente social constitui sua trajetória no PSF, ganhando a estima dos demais profissionais e da comunidade, gerando na verdade os vestígios de seu exercício profissional, fundamentado pela autêntica compreensão da

realidade, comprometimento com a população e pelo princípio ético que alicerça a sua atuação como todo.

3 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM DOM MACEDO COSTA-BA

Não por acaso, e em confronto com o já averiguado nesta unidade, a pesquisa abrange certas demandas que buscam evidenciar a metodologia de trabalho no Serviço Social, sobretudo no que concerne aos conhecimentos teóricos que precisam conduzir a intervenção e são elementar no espaço socio-ocupacional da política de saúde, na criação da Constituição Federal de 1988, do SUS, da Reforma Sanitária, do Programa Saúde da Família, e à categoria empírica da assistência social, que deve ser tida como transversal a cada uma das políticas sociais. Pode-se afirmar que o Serviço Social atua conforme a concepção ampliada de saúde, com o objetivo de promover saúde, prevenir doenças, dentre tantas outras contribuições. (CFESS, 2009)

O objetivo específico da pesquisa viabilizou realizar algumas etapas do trabalho, para que se alcançasse o objetivo geral, eles foram as referências para a elaboração das perguntas feitas as entrevistadas. Será abordada nesta unidade parte relevante da entrevista, e algumas considerações referentes ao estudo desta temática.

Ao serem chamadas a pensar no que se refere a atuação do assistente social na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton, a profissional e as usuárias entrevistadas apresentaram quanto aos pontos positivos; o comprometimento com os usuários e a acolhida, "gosto de acolher bem os usuários"(entrevistada 01), "a gente é bem recebida pela assistente"(entrevistada 02), "é sempre muito acolhedora e profissional" (entrevistada 03); e ainda por esta contribuir na admissão da população aos serviços encaminhados a demanda e acrescentando a contingência do trabalho; "busco atender as necessidades dos usuários" (entrevistada 01), "ela ajuda a gente"(entrevistada 02), "Ela nos orienta e ajuda a conseguir nossos direitos" (entrevistada 03).

Em contraposição, foram apontados pelas entrevistadas motivos que retrata entraves para a atuação do assistente social na Unidade de Saúde. Dentre estes, foi salientado a falta de recursos que são importantes para a execução do trabalho, o que reflete em perdas nas ações preventivas e de impulsionamento à saúde elencadas nas carências concretas da população. “ Nosso município é muito pequeno, com poucos recursos o que torna mais difícil, atender a todas as necessidades dos usuários” (entrevistada 01). E ainda um espaço físico insuficiente para comportar com mais qualidade os funcionários e pacientes.

Através destas informações, pode-se constatar a urgência de serem determinadas estratégias para a quebra dos entraves do trabalho do assistente social ilustrados nas entrevistas, tendo em conta o fundamental: a instalação de uma sala para o atendimento exclusivo dos usuários que precisam do atendimento com a assistente social.

Apresentar-se-á a seguir as falas dos indivíduos que responderam ao questionário da pesquisa, procurando a partir desta, analisar a atuação do Assistente social e as suas condições de trabalho no Programa Saúde da Família inserido na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton no Município de Dom Macedo Costa- Bahia.

As entrevistadas ao serem questionadas se a falta de uma sala específica para o Serviço Social tem dificultado o trabalho do Assistente Social, destacamos as seguintes falas:

Sim, pois atendo na sala de outro profissional, no auditório, na sala de vacina, e até mesmo na recepção e há sempre interrupção de outras pessoas e consequentemente está ferindo o sigilo profissional, e a pessoa que está sendo atendida não se sente à vontade para conversar. Com relação à falta de sala para a assistente social, já foi solicitada e estou aguardando terminar a obra de ampliação da Unidade de Saúde para ver como vai ficar. **(Entrevistada 01)**

Quando tem sala vazia ela atende a gente se não tiver nenhuma sala desocupada ela atende onde dar, é importante ter uma sala só dela **(Entrevistada 02)**

Acho muito complicado o fato de não ter uma sala para a assistente social atender os usuários, porque acaba expondo eles, já que não tem como ficar falando dos problemas na presença de terceiros. **(Entrevistada 03)**

Perante o exposto, percebe-se que a condição física apropriada ao exercício profissional no Programa Saúde da Família está distante daquilo que garante a legislação. Examinando as falas das entrevistadas é possível reconhecer que a Unidade de Saúde da Família na qual está inserida a profissional entrevistada e os usuários dos serviços, no município de Dom Macedo Costa- Bahia, possibilita certo desconforto, sem contar com a falta de privacidade ao profissional e aos usuários. Conforme predes (2002, p.23), isso “trata-se de uma questão que envolve não só a garantia do direito dos profissionais pelas condições adequadas de trabalho, mas, do direito da população usuária em ser atendida nesse espaço que permita resguardar o sigilo e a qualidade do atendimento ao usuário”.

Observar-se através da fala da entrevistada 01 que a ausência de uma sala restrita para o assistente social vem frustrando a sua atuação, mas também é possível perceber que a profissional não fica satisfeita em atuar nesta condição, ao afirmar que a todo tempo acontece a interrupção de outros indivíduos ferindo o sigilo profissional. A entrevistada referencia a resolução do CFESS 493/2006 de 21 de agosto de 2006, que aborda acerca das condições éticas e técnicas da atuação profissional do assistente social. Vejamos a resolução:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;

c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;

d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito

com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

Perante isso, percebe-se que as condições físicas adequadas ao exercício profissional no PSF se afasta do que assegura a legislação, pois estas condições físicas não possibilita qualquer conforto e nem privacidade aos profissional do Serviço Social e nem muito menos aos usuários, que tem sua vida exposta, muitas vezes na recepção da Unidade de Saúde.

No momento em que questionadas de que maneira está sendo desenvolvido o trabalho do Assistente social no Programa Saúde da Família, as pessoas entrevistadas responderam:

A minha função no Programa Saúde da Família está sendo desenvolvida por meio de ações individuais e coletivas em conjunto com a equipe, buscando contribuir, sobretudo, no âmbito da prevenção e promoção da saúde. Mesmo com as dificuldades do dia a dia, realizo atendimentos, encaminhamentos, visitas, orientação, sala de espera e atividades na Unidade de Saúde, assim como, no demais equipamentos da comunidade, evidenciando os direitos sociais dos usuários dos serviços da saúde. **(Entrevistada 01).**

Só tem uma assistente social no posto de saúde, ela faz tudo que compete a ela fazer. **(Entrevistada 02).**

Tem sido com muita competência e dedicação. **(Entrevistada 03).**

De acordo com Bernardino et al (2006) as principais dificuldades que se colocam no cotidiano de trabalho das equipes do PSF é a diversidade de demandas com as quais os profissionais se deparam. Conforme ressalta Meneses (2010), a realidade das condições de trabalho dos assistentes sociais, das suas ações no âmbito da saúde e do atendimento aos usuários, expõe dificuldades que vão além da precária estrutura física e da falta de recursos humanos e materiais. Diz à degradação do trabalho, vivenciada pelo conjunto da classe trabalhadora, pois, atualmente, “nenhum setor de trabalho está imune a miséria do desemprego e do trabalho temporário”(MESZÁROS 2006 apud MENESES 2010).

Perante o processo de precarização das políticas públicas lamamoto (2007, p. 161) diz que “é essa realidade de precariedade dos serviços públicos que enfrentamos

e da qual temos que partir no cotidiano profissional, não podendo deixar que ela nos asfixie”. Ainda acresce que “não temos de ser necessariamente levado ao imobilismo, a descrença, a desilusão profissional”. Para Meneses (2010), o processo de desmonte do Estado brasileiro no âmbito da saúde pública ao longo dos anos de 1990, está alusivo à lógica produtivista de acumulação capitalista, o que sucede em uma “universalização excludente”, com políticas públicas progressivamente mais seletivas e eliminatórias.

Neste mesmo aspecto Predes (2010), enfatiza que os assistentes sociais, têm seu trabalho alcançado pelo processo de precarização na prestação de serviços sociais, assinalado pelo enfoque e diferença das ações compensatórias das políticas sociais. A autora estabelece isso como sendo habilidades e objeções modernas que se desenvolve na fragilização na incerteza dos princípios de universalização dos direitos sociais e da qualidade dos serviços.

A degradação do trabalho impõe aos assistentes sociais o enfrentamento crítico e permanente dos desafios postos por esta realidade, no sentido de concretizar o projeto ético político que vem sendo construído pela histórica categoria. No tocante a inserção do Assistente social na equipe multidisciplinar, pode-se começar da fala dos sujeitos da pesquisa, indicando que ainda deixa a desejar as relações entre os profissionais da saúde e a assistente social em ocasiões de intensa necessidade, não havendo um trabalho interdisciplinar que prevaleça diariamente sobre o trabalho segmentado.

E ainda quando indagadas sobre quais instrumentos de trabalho utilizados pelo Assistente Social, na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton, as entrevistadas responderam assim:

Instrumental: conhecimento sobre o Serviço Social: saúde, assistência, educação, previdência, dentre outros. Fichas, Planilhas de acompanhamento de saúde, Prontuários, Declarações Sociais, Formulários, Parecer Social de Saúde, acompanhamentos nos casos de negligência com os idosos e as crianças, Visita domiciliar, Planejamento Estratégico, Reuniões, Realização de Sala de Espera para promover informações de saúde. **(Entrevistada 01)**

Quando precisei do serviço da assistente social ela me fez um monte de perguntas, sabe, pegou um bocado de cópia dos meus documentos

me pediu pra conseguir um laldo do médico depois mandou os meus papel para resolver meus problema, também participei de reunião e quando eu tava no posto de saúde, vi ela na recepção dando palestra. Axo que ela faz um bucado de coisa lá (**entrevistada 02**)

Ela faz muitas coisas, não sei te dizer tudo que ela faz, mas, quando precisei ela me visitou, me fez muitas perguntas, me encaminhou para um psicólogo, e deu um parecer social. (**Entrevistada 03**)

É oportuno destacar que no uso dos instrumentos e técnicas para o progresso do trabalho é necessário transparência no porquê de atuar acerca de um estabelecido fim, e isso resulta “[...] projetar não apenas os meios/ instrumentos de realização, mas também as consequências”. (GUERRA, 2000, p. 30); do inverso, tem o perigo de cair no tecnicismo burocrático, que quase não atende aos interesses dos usuários.

Iamamoto(2007) destaca que quando se fala em ferramentas de trabalho do Assistente Social, de modo generalizado, possui um ponto de vista dos instrumentos de trabalho como um conjunto de estratégias, no caso: reuniões, entrevistas, encaminhamento, etc., Deste modo, verificando as palavras dos entrevistados provável distinguir que estes supõem que as ferramentas são reuniões, visitas domiciliares, encaminhamento, dentre outras.

A autora ressalta ainda que a questão dos instrumentos de trabalho é mais complicada, visto que abrange os métodos de trabalho do assistente social. O conhecimento estrito de instrumento como simples conjunto de técnicas que se expande para abranger o conhecimento como um meio de trabalho. Dessa forma, as bases teóricas-metodológicas do assistente social são recursos usados para exercer o seu trabalho, ou seja, contribuem para iluminar a leitura e produzir rumos à ação. O conhecimento é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado.(IAMAMOTO, 2007).

A chance de alcançar os objetivos inclusos na intervenção profissional é mediada pela instrumentalidade, que se revela, nas informações de Guerra (2002, 2003), como um domínio sócio-histórico da profissão, que suscita as dimensões teórico-metodológica, ético-política, e técnico-operativa do Serviço Social.

Compreender o vínculo e importância do Assistente Social no cuidado com a saúde da família não é complicado, visto que, apontando intensificar e propiciar o acesso aos direitos de cidadania, ele busca vasta integração entre os serviços, gerando e/ou impulsionando as redes de atenção e de proteção social, que conseguem ser indispensável para a viabilização ou suporte da intervenção dos funcionários de saúde.

A intervenção do Assistente Social junto aos usuários do Programa Saúde da Família e da política de saúde é plausível no propósito de conseguir conquistar os direitos dos cidadãos e a garantia da saúde como um direito social, cabendo ao Estado ser responsável pela otimização de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação em saúde na procura de uma assistência integral e humanizada.

Perante os dados coletados, pode-se dizer que o Serviço Social é uma profissão cuja ação é fortemente reconhecida pela utilização de tecnologias superficiais e no parâmetro em que acontece sua intervenção por meio das relações estabelecidas entre o profissional e os usuários, a equipe e a comunidade. A maneira como o Assistente Social entende e enfrenta uma demanda está ligada a um princípio de humanização que se ocupa de atender e erguer os indivíduos. Deve-se dizer ao fazer uma análise desse trabalho científico é que ele responde ao problema elencado na fase ainda do desenho da pesquisa, pois, ao término dessa pesquisa, afirma-se que é muito importante a atuação do Assistente social no Programa Saúde da Família no Município de Dom Macedo Costa -Bahia.

Em contrapartida, apesar das condutas e das atuações zelosas continuarem estritamente vinculadas a uma maneira de enxergar do profissional, isto não assegura um cuidado definitivo porque não é uma coisa que deve ser estabelecida intuitivamente, isso dependerá do entendimento e estágio de pretensão de cada profissional, da conexão que ele estabelece com o exercício profissional, do modo como são estruturados seus estudos e experiências para resolver as necessidades sociais da população, no plano individual e do plano coletivo, tendo como perspectiva o seu comprometimento com a preservação da vida e a liberdade dos usuário

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo feito sobre o tema Serviço Social na área da Saúde: a atuação do Assistente Social no Programa Saúde da Família, realizado na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton no Município de Dom Macedo Costa- Bahia no período de 2020 e 2021. Oportunizou um conhecimento aprofundado do tema embora este foi apresentado de forma sucinta.

Essa pesquisa foi realizada a partir da definição do principal problema que é conhecer qual a importância da atuação do Assistente Social no Programa Saúde da Família no Município de Dom Macedo Costa -Bahia. No que se refere ao pressuposto, pode-se dizer que este respondeu ao problema elencado na pesquisa, já que o Assistente Social atua na perspectiva de garantir direitos em conformidade com as normas legais da Política de Saúde.

Este trabalho permitiu alcançar os objetivos, já que estes anunciaram a intenção do pesquisador através do trabalho realizado. Estas intenções se concretizaram por meio dos objetivos geral e específicos, os quais revelaram a ação que conduzirá ao tratamento do obstáculo abordado no problema. Tendo como objetivo geral da pesquisa de analisar a atuação do Assistente social e suas intervenções frente ao Programa Saúde da Família, na Unidade de Saúde da Família.

Perante as inúmeras mudanças sociais, políticas e econômicas no cenário nacional, acha-se uma sucessão de aquisições que reconheceram ao Serviço Social a composição de uma estrutura estatutária democrática como a Lei da Regulamentação da Profissão, o Código de Ética e a Lei de Diretrizes Curriculares e que indicam recentes ações destes profissionais. Nos dias de hoje o Serviço Social aumentado sua práxis profissional e alcançando transparência, em especial no Programa Saúde da Família.

O programa Saúde da Família se dispõe como um significativo espaço sócio ocupacional também como qualquer ambiente demonstra incongruências, limitações e possibilidades a favor da realização dessa função, que demanda de estar evidente a fim de acabar com as causas de indiferença e possibilitar o cumprimento de

quaisquer ação que refute aos benefícios e escassez dos usuários, intensificando políticas democráticas, através da fiscalização e da atuação social.

O PSF consegue estar ligado ao SUS estabelecendo determinado sistema, fomentando os graus de atendimento a saúde. Possui como vantagem o fato de achar-se junto da realidade do público usuário, na oportunidade na qual se atua recorrendo a fatos concretos de modo organizado, seu trabalho ocorre justamente da maneira em que a população vive. A vista disso é preciso o aumento dos campos de debate e análise a referência da realidade social onde os usuários da política de saúde estão inseridos com o intuito de impulsionar a assistência das demandas que aconteçam ao enfrentamento da escassez dos usuários.

Para esse fim, é essencial um grupo de trabalho que inclua na equipe básica do PSF diferentes profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, e assim por diante, estabelecendo uma equipe que consiga atuar na expectativa da ideia desenvolvida de saúde, envolvendo a integralidade social. E o assistente social coopera no Programa Saúde da Família, considerando sua proposta de trabalho envolvida com a classe que sobrevive do trabalho, seu aspecto ético político com princípios desenvolvidos, equidade e da justiça social.

Ao concluir esse artigo, observa-se certos desafios postos ao Assistente Social na política de saúde e Programa Saúde da Família é: supor de modo crítico a cerca da atenção integral à saúde, examinando a indecisão inflexibilidade do setor a vista e uma política econômica que indica desigualdades e exclusão social; ter atitudes interdisciplinar que procure problematizar as questões erguidas nas equipes para ajudar com a troca de experiências;

E ainda, a junção dos recursos para propiciar os direitos sociais vendo o espaço de encontro comunitários ampliando a luta pública ; discutir e sugerir o aumento das equipes de PSF; estar envolvido com a capacidade final; em fim, ter a clareza que o sua profissão vem da esfera dos princípios e condutas e retrata exatas na vida dos usuários, de forma a consolidar as estruturas de resistências às desigualdades sociais.

De modo geral, percebe-se através desta pesquisa, que o Assistente Social vêm encontrando certo obstáculos para desenvolver ações junto ao PSF, tais como: a precarização das políticas públicas; a carência de condições físicas e ferramentas

para ampliar suas ações. Logo, a expectativa é que esse estudo contribua com a atividade do profissional que atua nesse espaço socio-ocupacional, oferecendo debates sobre diversas temáticas e que este possa, depois, servir de suporte para outros estudos.

Para finalizar este Trabalho, destaco primeiramente que foi desenvolvido a partir da oportunidade de estagiar na área da saúde, e foi fomentando através da minha experiência no campo de Estágio Supervisionado I. Onde Ressalto que esse tema me despertou muita curiosidade e interesse em saber como funciona o Programa Saúde da Família no Município em que habito, como é a atuação do Assistente social junto ao programa e de que forma poderei contribuir como cidadã e pesquisadora, para execução do programa na Unidade de Saúde da Família Antonia Barreto Piton.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço social e organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália. **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4 ed. São Pulo: Cortez, 2008.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. **Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social**. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 52, ano XVIII, dez 96

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Editora AGE, Porto Alegre, 2003.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 22º edição, Brasília 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. 41. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 67/2010, pelo Decreto nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. - Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Cortez, São Paulo, 1996.

CAVALCANTI, A. S.; REIS, M. L.; LIRA, S. A. **Interdisciplinaridade e questão social: novo paradigma no trabalho do serviço social na Amazônia**. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 2011, Brasília. Anais... Brasília: IPEA, 2011.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social, (org.). **O estudo em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez 2008.

_____. **Ética e Direitos Humanos: curso de capacitação ética para agentes multiplicadores**. 2ª ed. **Brasília: DF**, 2007.

_____. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de regulamentação da profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. **Código de Ética dos Assistentes Sociais**. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993, com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CHAVES, Antonio. **Adoção**. Belo Horizonte: Del Rei, 1995.

CORRÊA, Mariza- **Repensando a família patriarcal brasileira**. In: ALMEIDA, Ângela (org.)- Colcha de Retalhos. Estudos sobre a Família no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1982.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DESLANDES, Sueli Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Metrópoles, RJ: Vozes, 2009.

FÁVERO, Eunice Terezinha. **O estudo social – fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária**. In: o estudo em perícias, laudos e pareceres técnicos. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Eunice Terezinha; MELÃO, Magda Jorge Ribeiro; JORGE, Maria Rachel Tolosa (Orgs). **O serviço social e a psicologia no judiciário**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FIREMAN, Theny Mery Viana. SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos. 2007. Disponível em www.crp15.org.br, acessado em mar de 2021.

FLICK, Uwe. **Introdução a pesquisa qualitativa**; tradução Joice Elias Costa. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, E. A. D. Bases para um alicerce seguro. In: MENDONÇA, A. V. M. Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes. **Rio de Janeiro**: CEBES, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001/2002.

_____, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social / 7º. ed.** – São Paulo: Cortez, 2004.

_____, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

JOSÉ FILHO, M. Pesquisa: contornos no processo educativo. In: Mário José Filho; Osvaldo Dalbério. (Org.). **Desafios da Pesquisa**. 1ed.Franca: UNESP, 2006, v. 1, p. 63-75.

_____. Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Em questão. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

_____, Marilda Villela. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo**. In: MOTA, Ana Elizabete...(et al), (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 6 ed. São Paulo: **Atlas**, 2007.

MENESES, Erika Silva. **Processo de trabalho em saúde; uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar**. Dissertação de Mestrado/ UFRN. Natal, 2010.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____ **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 16-18.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde –SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006a.

_____, T.C.R.; NOGUEIRA, R.M.V. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, L.A. et al., (orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006b.

MOTA, Ana Elizabete e Amaral, Ângela Santana. **A Reestruturação Produtiva e as novas Modalidades de Subordinação do Trabalho. A nova fábrica de Consensos: Ensaio Sobre a Reestruturação Empresarial, o Trabalho e as Demandas ao S.S** (Org) Ana Elizabete Mota, pág.23/44. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Netto, José P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social; notas para uma análise prospectiva da profissão**. In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, nº 50, p. 87-132, abr. 1996.

NUNES, Carla Alessandra da Silva. **Gestão Democrática da Educação - A ação colegiada nas escolas municipais de Aracaju**. 2000. 105f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Núcleo de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe. 2000.

Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: [http:// www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html](http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html) Acesso em: 21 de abril de 2021.

ROSA WAG, Labate RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SALVADOR, Ângelo Domingos. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográficas: elaboração de trabalhos científicos**. 11ª edição. Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 1986.

SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científicas**. 5. Ed. Niterói, RJ: Impetus, 2005.

SCHRAIBER LB, Mendes Gonçalves RB. **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: Schaiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, editores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. (SP): Hucitec; 1996. p. 29-47.

SILVA, N. B. da. Programa Saúde da Família: uma estratégia e/ou novo modelo de Assistência à Saúde. **Relatório do Seminário Estadual “A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família – PSF”**. Belo Horizonte, 2002. Disponível em <www.cress.mg.org.br/textos/relatorio_psf%20.1.pdf>. Acesso em 26/10/2021.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOLLA, Jorge JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de gestão”. **Revista de Saúde Pública da Bahia**, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, C. **“Políticas Públicas: uma revisão da literatura”**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2014, p. 20-45.

VASCONCELOS EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.

_____, C. dos S. **Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político pedagógico ao cotidiano da sala de aula**. São Paulo: Libertad, 2000.

_____, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____, E .M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.



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

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, **JACINUBIA FREITAS DE JESUS**, autora da Pesquisa: **SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA, REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTONIA BARRETO PITOM, NO MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA- BAHIA (2020/2021)**. Pretendo lhes explicar com clareza sobre esta pesquisa que será realizada caso o (a) senhor (a) concorde em participar, por meio da **autorização dos pais e/ou responsáveis (DESCONSIDARAR A PARTE EM NEGRITO SE O SUJEITO DE ESTUDO FOR MAIOR DE IDADE)**. Este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade. O objetivo principal deste estudo é **ANALISAR A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL E SUAS INTERVENÇÕES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- NA USF O MUNICÍPIO DE DOM MACEDO COSTA BAHIA**.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista, **(que será escrita a punho)**. As informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade, impossibilitando a sua identificação. Os dados, portanto, não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, para isto utilizaremos um código, acompanhado do número da ordem de entrevista.

Entretanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone do (a) pesquisador (a) e

da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Polo [...] podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Peço-lhe que assine abaixo a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento.

DOM MACEDO COSTA -BAHIA, ____ de _____ de 2021.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) Pesquisador (a): _____

Tel: _____ Cel: _____



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

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

TÍTULO DO TCC

I Dados de Identificação:

Nome do Sujeito: _____

N.º Entrevista: _____ Sexo: () Mas. () Fem. Idade: _____ anos

Espaço de moradia:

II Informações qualitativas

1. O QUE É O SUS?
2. VOCE SABE A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?
3. QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA?
4. DE QUE MANEIRA ESTÁ SENDO DESENVOLVIDO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA?
5. A FALTA DE UMA SALA ESPECÍFICA PARA O SERVIÇO SOCIAL TEM DIFICULTADO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL?
6. QUAIS INSTRUMENTOS DE TRABALHO UTILIZADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTONIA BARRETO PITON?



UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA

RFACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE INTELECTUAL

Eu, _____

aluna regularmente matriculada no curso de Serviço Social da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Polo [...] declaro ser a autora do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, intitulado:

_____insentando, 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 me praticada, assumindo, por via de consequência, as responsabilidades civis e criminais decorrentes dessas ações.

(MUNICÍPIO DA PESQUISA), _____ de _____ de 2021.

Aluno (a)	RG	CPF

Assinatura
