

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLEIDE ARAGÃO DE SOUSA

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO
PSF: uma revisão bibliográfica**

São Luís
2016

CARLEIDE ARAGÃO DE SOUSA

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO
PSF: uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Msc. Ludmilla Leite Rodrigues

São Luís
2016

Sousa, Carleide Aragão de

Inserção do assistente social na equipe multiprofissional do PSF: uma revisão bibliográfica / Carleide Aragão de Sousa -. São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

32 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família. -. 2016.

Orientadora: Prof. Ms. Ludmilla Barros Leite Rodrigues

1. Sistema Único de Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Assistente Social. I. Título.

CDU: 616:36

CARLEIDE ARAGÃO DE SOUSA

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO
PSF: uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Data: ___/___/___

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Ludmilla Leite Rodrigues (**Orientadora**)

1º Examinador

RESUMO

A presente pesquisa visa analisar, através do método analítico e bibliográfico, a ausência e a importância da inserção do profissional do Serviço Social na equipe mínima do Programa Saúde da Família (PSF). De início, o trabalho delimita o papel desempenhado pelos assistentes sociais, os quais possuem fundamental relevância à sociedade, porquanto proveem de uma profissão histórica e socialmente útil. Faz-se necessário o reconhecimento do trabalho de investigação acerca da realidade, sendo que, apenas um intelectual com capacidade técnica, ou seja, um profissional do serviço social é capaz de desmistificar as necessidades sociais, fomentando o trabalho interdisciplinar e, construindo, coletivamente, estratégias de ação para apresentar respostas mais condizentes com a demanda de usuários do Programa Saúde da Família.

Palavra-chave: Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, Assistente Social.

ABSTRACT

This research aims to analyze, through the analytical and bibliographic method, the absence and the importance of integrating the professional social work at minimum staff of the Family Health Program (PSF). Initially, the work defines the role of social workers, which have fundamental importance to society, because reactions come from a historical and socially useful profession. It is necessary to recognize the research work about reality, and that only an intellectual with technical capability, ie, a professional social service is able to demystify the social, promoting interdisciplinary work and building collectively action strategies to provide more consistent responses to the demand of users of the Family Health Program.

Keyword: Health System, Family Health Program, Social Worker.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....
1.1	Objetivos.....
1.1.1	Geral.....
1.1.2	Específicos.....
2	METODOLOGIA.....
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....
3.1	Retrospectiva histórica da Política de Saúde no Brasil.....
4	CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE.....
4.1	O processo de trabalho do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.....
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....
	REFERÊNCIAS.....

1 INTRODUÇÃO

O Estado é o responsável pelo fornecimento do direito fundamental à saúde em todo o território nacional, devendo promover aos cidadãos brasileiros programas que intensifiquem a qualidade do serviço, desenvolvendo políticas públicas que atuem tanto no controle quanto na prevenção das moléstias sociais. Todavia, a realidade social é um fator que congela a atuação qualitativa do Estado, ao passo que se encontra em situação amplamente deficitária. Assim, neste contexto, é que se criou o Programa Saúde da Família (PSF), o qual permite a entrada do usuário e de sua família em projetos eminentemente assistenciais de atuação in loco e com áreas delimitadas.

Tendo o programa caráter restrito, é de suma importância à avocação do profissional do serviço social na aplicabilidade das suas diretrizes, vez que o mesmo pode estudar analisar, formular e elaborar propostas com mais profundidade e assiduidade, para amenizar os problemas existentes dentro do seio populacional brasileiro.

A identificação dos fatores sociais de risco passíveis de interferência na problemática de saúde e o efetivo combate à própria problemática é o que justifica a intensa pesquisa bibliográfica ora apresentada, a qual, segundo GIL (1999, p. 65), “[...] é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Com efeito, a partir do estudo apurado do tema, se torna evidente que as resignadas lutas que os assistentes sociais têm conquistado, desde a sua origem junto à saúde, como um todo os capacita para a atuação diária junto aos programas de assistência familiar.

Entretanto, para que isso aconteça, o Brasil precisa de políticas públicas eficazes de combate a estas questões sociais e suas problematizações, para que então, o Serviço Social, em geral, contribua para tornar mais acessível e compreensível os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma esteira, o assistente social deve difundir e conscientizar o povo acerca da existência de um amplo rol de garantias individuais e coletivas voltadas aos cidadãos, isso porque, na Constituição de 1988, estão especificados os direitos do cidadão brasileiro e estrangeiro, mas são poucas as pessoas esclarecidas que entendem o real

significado de seus direitos e deveres, sendo que, o papel do assistente social, neste contexto, é de extrema importância para as classes subalternas.

Destarte, o assistente social, com o apoio sustentável do Estado, que detém a obrigação de fornecer saúde de qualidade, se propõe a contribuir para essa garantia, através do fortalecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, na luta para alcançar um Sistema Único realmente equânime, com participação popular universal e igual para todos os cidadãos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Conhecer a inserção do assistente social na equipe multiprofissional do PSF, através de uma revisão literária.

1.1.2 Específicos

Contextualizar uma retrospectiva histórica da Política de Saúde no Brasil;
Conhecer as configurações do mundo do trabalho na contemporaneidade;
Identificar o processo de trabalho do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

Foi baseada em dados exclusivamente bibliográficos, priorizando alguns autores que abordam os princípios e fatores que viabilizam o estresse do profissional enfermeiro na unidade e atendimento de urgências e emergências. Ao passo que deu suporte à concretização das inquietações inerentes a pesquisa.

Para Figueiredo et al., (2006, p. 83) a "revisão bibliográfica deve permitir uma compreensão adequada de qual é o estado atual e o que já tem sido feito na área da pesquisa estudada".

A população do estudo foi constituída por artigos sobre o estresse do profissional enfermeiro na unidade e atendimento de urgências e emergências, publicados na literatura nacional no período de 1995 e 2010, indexados nas bases eletrônicas: literatura latino-americana de ciências da saúde (LILACS) e scientific library online (SCIELO). Foram considerados também periódicos impressos, monografias, dissertações e teses.

Os artigos que comporem a base de estudos foram definidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: Publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, no período de 1995 e 2010 e indexados nas bases de dados referidas anteriormente, por meio dos descritores: Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, Assistente Social.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Retrospectiva histórica da Política de Saúde no Brasil

A conquista dos direitos sociais, em particular os relacionados à saúde, foi resultado da organização de lutas e reivindicações dos trabalhadores, pois como bem coloca Behring e Boschetti (2009) as políticas sociais e a estruturação dos padrões de proteção social emergem como desdobramentos e respostas as multifacetadas expressões da questão social¹ no capitalismo. Para esse estudo será adotado o conceito de questão social trabalhado por Netto (1992), que a define como o conjunto de problemas políticos, sociais e econômico reclamados pela classe operária no curso da consolidação do capitalismo.

A política de saúde no Brasil, emerge no final do século XIX, como respostas a efervescência do movimento operário, que buscava o reconhecimento da sua condição de exploração e minimização desta. Porém, é relevante destacar que a resposta dada pelo estado representa a necessidade de promover condições de expansão do capital, nesse momento, no contexto agroexportador.

Esse período do desenvolvimento do capitalismo é marcado, sobretudo por uma forte ausência do Estado no trato dos problemas sociais principalmente, no que concerne à falta de planificação central. A intervenção se dava de forma incipiente visando apenas atingir as áreas emergenciais.

Dentro desse contexto, Potyara (2000, p.128) afirma que:

Efetivamente, a ação do Estado perante as necessidades sociais básicas limitavam-se, nesse período, a reparações tópicas e emergenciais de problemas prementes ou a respostas morosas e fragmentadas a reivindicações sociais de trabalhadores e de setores populacionais empobrecidos dos grandes centros urbanos.

Esse quadro tornou viável, no final do século XIX, o desenvolvimento do primeiro modelo de atenção à saúde, que foi denominado “Sanitarismo Campanhista”, que pode ser caracterizado pelo desenvolvimento de práticas de controle de epidemias que pudessem comprometer o desenvolvimento do modelo econômico vigente.

Concordamos com Mendes (1995, p.20), ao afirmar que: “sanitarismo campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate à doença de

massa, com a criação de estrutura *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.” Na década de 1920, em resposta, ao quadro caótico em que se encontrava a saúde da população, eclode a reforma, no momento denominada Carlos Chagas, que objetivou dar suportes estruturais para o pleno desenvolvimento do capitalismo. As ações foram focadas nas questões de higiene e saúde do trabalhador, dessa maneira algumas medidas foram tomadas compondo a origem do esquema previdenciário brasileiro, sendo, a mais importante, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) no ano de 1923, também chamada de Lei Elói Chaves.

O objetivo inicial das CAPs foi solucionar o problema que vinha se estabelecendo no âmbito da saúde, em relação à saúde do trabalhador. A proposta versava na prestação de assistência de corte curativo ao trabalhador, que estivesse legalmente inserido no mercado de trabalho. Além do acesso à saúde, permitia também o benefício da aposentadoria, pensões e auxílio funeral, entre outros. Como subsídio contava-se com um custeio tripartite, que advinha da União, do trabalhador e do empregador.

Concordamos com Potyara (2000, p.190) ao afirmar que:

Na verdade a política social brasileira desse período, não obstante encampada pelo Estado, funcionava, no mais das vezes, como uma espécie de zona cinzenta, onde se operava barganhas populistas entre Estados e parcelas da sociedade e onde a questão social era transformada em aquarelas reguladas jurídica ou administrativamente e, portanto despolitizada.

Esse modelo sofre alterações em 1930, quando Getúlio Vargas assume o poder e as CAP's passam a ser substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), constituindo-se como autarquias, com aplicação do controle do Estado sobre o sistema, sendo organizado por categorias profissionais. É relevante destacar, que esse momento histórico foi marcado pela efervescência do movimento proletário, que consegue politizar a precarização a que estavam submetidos. Esse contexto demanda do estado o reconhecimento da “questão social” como caso de política, passando a tratá-la a partir de ações pontuais, que apresentavam um quadro contencionista.

Bravo (2006, p.91), ao abordar esse contexto, afirma que:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina

previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Dentro desse contexto Bravo (2006), afirma que a situação da Saúde da população no período de 1945 a 1964, tendo algumas variações nos anos de 1950, 1956, 1963, em que os gastos com a saúde pública foram mais favoráveis, havendo uma melhoria das condições sanitárias, não conseguiu extinguir o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, assim como a mortalidade geral. A estrutura do atendimento hospitalar de ordem privada já estava montada a partir dos anos 1950 e direcionada na formação de empresas médicas, a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era a mais organizada naquele momento, defendendo a privatização.

A estrutura do novo modelo privatista tornou-se realidade no final da década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. O Estado, devido ao período ditatorial, intervém na questão social com o binômio repressão-assistência, uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada a fim de sobrepor o poder do Estado sobre a sociedade diminuindo as tensões sociais e também, buscando a legitimidade e acumulação do capital.

Na década de 1970 emerge, em resposta ao quadro político-econômico, o Movimento Sanitário, uma alternativa ao modelo de saúde vigente no país. Sua composição foi constituída por médicos sanitaristas, profissionais da saúde e grupos articulados ou não que tinham como objetivo principal delinear uma política de saúde diferente a que vinha sendo imposta. As principais propostas centravam-se na concepção que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo totalmente contrário ao modelo de saúde preventista e mercantil, que vinha sendo desenvolvido até o momento.

Neto (1994, p.10) afirma que:

Na área dos profissionais de saúde surgiu um movimento sanitário que, utilizando aqueles estudos e pesquisas feitas nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde então implantado. Esse movimento, no entanto, se caracteriza por não apenas fazer denúncias contra a ditadura e os seus interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas construtivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

Concomitantemente ao desenvolvimento dos ideais do movimento sanitário, novas políticas passam a serem gestadas no âmbito da saúde, como proposta estatal junto ao Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. Dentre as ações desenvolvidas, nesse momento, destacam-se com as que apresentaram maior relevância: as Ações Integradas de Saúde – AIS e a formulação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde- SUDS.

Os anos de 1980, foi um período propício para o desenvolvimento de um caleidoscópio de mudanças no cenário político e social do Brasil. A conjuntura naquele período, foi marcada pela luta em busca da redemocratização do país, com destaque a percepção dada a política de saúde, que passou a contemplar todos os aspectos da vida do ser que contribuem para o seu adoecimento. A partir dessa percepção, pensar a política de saúde no Brasil, demanda contemplar questões que extrapolam esse setor, e evolve outras políticas setoriais.

O marco principal para o desenvolvimento da política nacional de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986. Esse momento político contou com a participação de quatro mil pessoas, sendo que destes, mil eram delegados. É relevante destacar que esse momento torna-se propício para estruturação dos ideais político-ideológicos do movimento sanitário com vista a uma reforma sanitária brasileira. Bravo (2006, p.96) ao analisar esse contexto acrescenta:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. A questão de saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Ainda no ano de 1986, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é implantada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, que em março do ano posterior aprova a proposta do novo Sistema de Saúde, momento em que é

lançando como um projeto do setor para a Constituinte. O texto constitucional traz vários avanços jurídicos para a política nacional de saúde, atendendo principalmente as reivindicações do movimento sanitário e assegurando os princípios de consolidação de um Sistema Único de Saúde - SUS.

A Constituição Federal de 1988 representa um avanço no trato das questões inerentes a saúde, pois com a introdução do SUS do texto Constitucional afirmou o conceito de saúde como sendo direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Representando, portanto, no plano político um avanço no reconhecimento, afirmação e extensão dos direitos sociais a todos (as) cidadãos (ãs). O novo texto constitucional, Brasil (1988, p.127), em seu artigo 196, apresenta o seguinte conceito de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS passa a ser regulamentado e exposto no texto constitucional que regulamenta a Seguridade Social, porém é apresentado mais especificamente na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências e na Lei 8.142 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. É relevante destacar que as legislações pertencentes ao SUS, incorporam os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, que são: os da universalidade, equidade, integralidade e participação social.

É pertinente destacar que as conquistas ocorridas, no âmbito da saúde, com a promulgação da Constituição de 1988, passam a ser ameaçadas devido à onda conservadora que tomou conta da política do país. Esse contexto remete aos fins da década de 1980, pois representa, no âmbito político, um conjunto de transformações e ajustes do estado brasileiro, para adequar-se transformações societárias que vinham ocorrendo mundialmente desde os anos de 1960. É adotado, como modelo político para o Brasil, a proposta neoliberal que põe em xeque a efetivação dos direitos garantidos na Carta Magna de 1988.

Concordamos com Oliveira (1998) ao afirmar que, a dilapidação, de acordo com os ideais neoliberais do Estado brasileiro, tem início no período da ditadura

militar, perpassando sem interrupções durante o governo “democrático” de José Sarney e se efetivando num terreno bem fértil que propiciou o mandato do então presidente Fernando Collor de Melo.

Borón (1995, p.187) estabelece as consequências do neoliberalismo para a sociedade:

A herança do neoliberalismo é uma sociedade profundamente desagregada e distorcida, com gravíssimas dificuldades em se construir do ponto de vista da integração social e com uma agressão permanente ao conceito e à prática da cidadania. Creio que a herança que deixa a experiência dos anos 80 é que, ao mesmo tempo em que se produziu um avanço significativo nos processos de democratização em grandes regiões do planeta (entre elas a América Latina), a cidadania, que é um conjunto de direitos e “*entitlement*” sempre arrancados graças as lutas democráticas das maiorias populares, fica cancelada pelas políticas econômicas e sociais que excluem do seu exercício efetivo grandes setores da população.

Nos anos 90, em decorrência do contexto apresentado acima, o Estado fragmenta as políticas sociais na busca de enfrentar a questão social, esta intensifica-se o cerne das políticas neoliberais, desresponsabilizando-se de suas funções atribuindo-as a setores da sociedade civil, a partir da adesão ao processo de privatização das políticas sociais.

Mendes (1995) analisa que do ponto de vista político, a participação de atores sociais, vinculados ao movimento sanitário na esfera política, permitiu o confronto de dois projetos políticos sanitários antagônicos para a saúde: o contra hegemônico (projeto do movimento sanitário) e o hegemônico (projeto neoliberal, que defende uma reforma do modelo médico privatista).

Tomando por base o posicionamento de Viana (2000), destacam-se dois tipos de reformas no sistema de saúde: as reformas “big bang” e “incremental”. As reformas “big bang”, segundo a autora, têm início em 1988 com a promulgação da Constituição e trata-se de reformas pontuais e expressivas no funcionamento do SUS. Entretanto, as reformas “incrementais” passam a ser desenvolvidas a partir da segunda metade dos anos de 1990, pois remete-se a pequenos ajustes no corpo constitucional do SUS, entre estes destaca-se a Norma Operacional Básica - NOB em 1996, pela qual o Ministério da Saúde prevê a criação de Piso de Atenção Básica-PAB6 e acrescenta a criação de dois novos tipos de Gestão: A Plena da Atenção Básica⁷ e a Plena do Sistema Municipal⁸, assim como apresenta o indicativo da operacionalização do modelo assistencial através de dois programas específicos: o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa Saúde da Família – PSF.

Nos anos de 1990, contribui para a necessidade do aprofundamento dos programas sociais voltados para a família. No âmbito da saúde, merece destaque, o desenvolvimento de ações que abordem o indivíduo em seu contexto social.

Dentro desse contexto, Vasconcelos (2009, p.16) afirma que:

Os anos 90 trouxeram para o setor de saúde uma revalorização do tema família. A consolidação em Cuba, no fim da década de 80, de uma ampla reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseado no médico da família foi muito importante para quebrar resistências dos profissionais de saúde de esquerda às propostas voltadas para repensar o atendimento médico a partir das unidades família e comunidade. Também para outros setores da sociedade brasileira, o sucesso do sistema de saúde cubano foi importante para definir o modelo.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde adota, em 1991, como estratégia para o enfrentamento desse contexto, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da problemática da saúde vivenciada, principalmente, nas regiões economicamente menos desenvolvidas.

Com a finalidade de aprofundar a rede de serviços que vinha sendo oferecida por meio do PACS, bem como dar continuidade às reformas incrementais desenvolvidas nesse momento na política de saúde, o Ministério da Saúde lança em janeiro de 1994, o Programa Saúde da Família – PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família - ESF.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, Brasil (1994, p.01), o PSF apresenta os seguintes objetivos:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em doenças e no hospital. A atenção está centrada e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de políticas curativas.

A ESF foi implantada, segundo orientação do Ministério da saúde, com uma equipe multiprofissional mínima composta por 1(um/a) médico/a da família (medico generalista), 1(um/a) enfermeiro/a, 1(um/a) auxiliar de enfermagem e entre 4 (quatro) e 6 (seis) agentes comunitários. Podendo ser ampliada constituindo-se de 1 (um/a)

dentista, 1 (um/a) auxiliar de consultório dentário e 1(um/a) técnico/a de higiene dental.

Busca-se de acordo com Bernardino et al (2005), através do Programa Saúde da Família, concretizar a atenção básica à saúde, dando origem a novas práticas profissionais na tentativa de estabelecer a indissociabilidade entre trabalhos clínicos e promoção da saúde. Dessa forma a equipe multiprofissional da ESF precisa conhecer a realidade da população usuária, levando em consideração o meio familiar e a vida comunitária em que vivem essas pessoas.

Percebe-se que a ESF, de acordo com seus princípios e diretrizes, objetiva melhorar a saúde dos usuários, na medida em que é um meio mais acessível e busca realizar a educação para a saúde da população, uma vez que prioriza a promoção da saúde e prevenção das doenças.

É perceptível que a universalização, garantida a muito custo na Constituição Federal de 1988, perde sua plenitude diante das práticas focalistas desenvolvidas pela política neoliberal adotada no Estado brasileiro. Diante desse contexto, percebe-se que o ESF, enquanto mecanismo de reorganização da política de saúde passa a ser um elemento contributivo para a seletividade ao acesso à saúde, bem como enfatiza a focalização da atenção para segmentos mais pulverizados da sociedade brasileira, pois não tem o mínimo acesso a qualquer atendimento privado, mesmo que seja precário. “As políticas sociais focalizadas, além de se transformarem em armadilha da pobreza, expressam uma crassa irracionalidade governamental” (POTYARA, 2000, p. 179).

A principal crítica direcionada ao Programa Saúde da Família consiste na identificação de suas propostas com exigências das agências multilaterais, como exemplo o Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Mundial, no que se refere a suas recomendações de contenção de gastos públicos. Dessa forma, Merhy E Franco (2007) consideram que seguir as orientações do Banco Mundial resulta em desconsiderar a saúde como um direito social, de responsabilidade do Estado. Segundo a perspectiva neoliberal, o Estado deveria garantir serviços de saúde exclusivamente para pessoas que não tivessem condições de pagar por esses serviços e as demais teriam acesso através do mercado.

É relevante destacar que o MS, mesmo garantindo o financiamento para a equipe mínima, reconhece a necessidade da inclusão de outros profissionais para compor a equipe. Destarte, Teixeira (2007) apud Vasconcelos et al (2009) afirma que as diretrizes do MS para composição da equipe mínima deveria ocorrer a partir de um processo inverso, no qual possibilitasse a construção de uma equipe “máxima” para a

superação de ações minimalistas. Dentro desse contexto, Mioto e Rosa (2007) apud Vasconcelos et al (2009, p.310) afirmam que: “somente profissionais de cunho biologicista não conseguem contemplar todos os aspectos do processo saúde-doença”.

Partindo dessa compreensão percebe-se que o profissional de Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença, uma vez que o processo de adoecimento extrapola os aspectos biológicos e também apresentam determinantes de cunho social. Pacheco (2007) afirma que outros fatores contribuem para a ampliação da inserção do assistente social no ESF, entre estes, a mudança no processo de gestão da política de saúde, pois a crescente municipalização da política de saúde nos municípios demandou a contratação de diversos profissionais para garantir a gestão local da política, entre eles, o assistente social.

É reconhecido que o Serviço Social apresenta como base de fundamentação da sua prática as múltiplas expressões da questão social. Destarte, a atuação profissional deve estar em consonância com ações que busquem o enfrentamento dessas expressões, que refletem no âmbito da saúde, em seus diferentes espaços e complexidade.

Refletir sobre a inserção do assistente social no âmbito da saúde é conceber que esse foi um âmbito que, historicamente, configurou-se como um importante espaço de atuação profissional, porém é apenas a partir da década de 1990 que essa prática passa a ser problematizada. Percebe-se, nesse contexto, a disputa entre projetos antagônicos: reforma sanitária x privatista¹⁰, com a adoção do último pelo estado brasileiro. O atual governo, ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento presente no segundo, percebendo-se maior ênfase no projeto privatista.

O serviço social sofre os reflexos dessa tensão, uma vez que mesmo os anos de 1990 sendo palco da centralidade dos ideais contidos no processo de ruptura com o conservadorismo, são nesse contexto que a profissão passa a sofrer os rebatimentos da ofensiva neoliberal, que põem em xeque a potencialidade da profissão, assim como é perceptível a influência de uma perspectiva clínica, que desvirtua a função social do serviço social na divisão social e técnica do trabalho. Destarte o documento do CFESS (2009, p.13) apresenta que:

Na saúde, [...] a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade de existência de políticas públicas, [...] na suposta necessidade de construção de um saber específico na área [...].

Como ferramentas legais para a atuação, no âmbito da saúde, dispõe-se da Resolução nº 218 de 6 de março de 1997 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que reconhece o assistente social profissional da saúde; O Código de Ética da profissão de 1993; A Lei 8662/93 que regulamenta a profissão e os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social elaborado pelo conjunto CFSS/CRESS em 2009.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, CFESS (2009, p.15), compete ao assistente social nesse âmbito:

Estar articulado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, bem como não se submeter aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir e/ou efetivar, em conjunto com outros profissionais da saúde, espaços nas unidades garantindo a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação, buscar acessória técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido e estar atento a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou conselhos objetivando potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais.

Os assistentes sociais, de acordo com Bernardino et al (2005), se inserem no processo de trabalho em saúde como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS com as demais políticas sociais, sendo o principal objetivo de seu trabalho assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. Desse modo, deve desenvolver atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

A ESF, como espaço de atuação profissional, é relevante para o desenvolvimento de ações que busquem não apenas o atendimento socioassistencial, mas que contemplem também a prática educativa e as ações de mobilização e participação social.

É importante mencionar que a inserção do assistente social na ESF vai ocorrer de forma lenta e gradual, com destaque as primeiras experiências ocorridas, a exemplo dos municípios de Jacuí (MG), na região norte do estado do Rio Grande

do Sul, neste os (a) assistentes sociais estavam diretamente envolvidas, inseridos nas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Assistência Social, prestando serviço às equipes de Saúde da Família e o outro município a ser mais aprofundado o estudo é o de Campina Grande – PB (VASCONCELOS et al, 2009).

A cidade de Campina Grande destaca-se por ser uma das pioneiras na inserção do profissional de Serviço Social na equipe do ESF. De acordo com Guimarães apud Silva et al (sd, p.3), esses profissionais tiveram papel relevante junto às equipes e às comunidades, contribuindo para o atendimento integral às famílias, a mobilização da comunidade, controle social e viabilização dos direitos dos usuários e desenvolvendo a promoção e prevenção à saúde.

Na ESF o assistente social, pauta sua intervenção a partir das diretrizes do SUS, do Código de Ética e o Projeto ético-político do Serviço Social. Segundo Bernardino et al (2005) o assistente social exerce, na ESF, as seguintes atribuições: prestar orientações aos usuários sobre seu direitos; realizar ações socioeducativas e culturais; fortalecer os espaços de controle social na comunidade, assim como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais; realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família; emitir laudos, pareceres sociais e socializar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social e acompanhar, como supervisor de campo, estagiários de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica.

O assistente social como profissional que trabalha as expressões da questão social, como fundante para o seu exercício profissional, enfrenta dificuldades na execução do seu trabalho no ESF, que é perpassado pelas transformações que marcam a sociedade como um todo. Como bem coloca Netto (1996, p.89):

[...] as alterações profissionais, assim, derivam da intrincada interação que se processa entre as transformações societárias, com seu rebatimento na divisão sociotécnica do trabalho, e o complexo (teórico, prático, político e, em sentido largo, cultural) constitutivo de cada profissão.

O SUS no atual contexto, enquanto política social passa a ser comprometido por diversos fatores, com destaque: o comprometimento do princípio da equidade face da alocação dos recursos públicos e a não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; distanciamento do princípio da integralidade, pois não há a devida separação entre ações preventivas e de atenção

curativa, com ênfase a atenção médico-hospitalar em detrimento às ações de corte preventivo e de proteção à saúde.

Com relação ao quadro contemporâneo, Bravo (2006), afirma que a política de saúde do governo Lula, buscou preservar a política macroeconômica do Governo de Fernando Henrique Cardoso, pois as políticas sociais encontram-se fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Percebe-se que a trajetória da política de saúde no Brasil teve momentos de avanços e momentos de retrocessos, tencionada de um lado, pelo projeto de Reforma Sanitária, modelo advindo da década de 80, período de democratização da sociedade brasileira; e por outro, pelo projeto privatista, modelo implantado a partir da adoção da política neoliberal, que propõe reduzir ao máximo a ação do Estado no que concerne às políticas sociais.

O contexto atual aponta para a ênfase as ações focais através de programas de baixo custo econômico, com destaque o ESF, associado a um “redesfinanciamento” que compromete a universalização das ações e a equidade, entre os outros princípios construídos durante a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Por fim, percebe-se que as questões aqui tratadas refletem diretamente na prática do assistente social tolhendo, muitas vezes, o seu potencial interventivo, uma vez que se vê, atingindo pela precarização da política de saúde, assim como pela sua precária forma de inserção no mercado de trabalho. Cabe também destacar as diversas armadilhas que perpassam o cotidiano profissional.

No próximo capítulo abordaremos a atuação profissional do Assistente Social no contexto atual.

4 CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

A atual dinâmica da sociedade capitalista reflete as profundas transformações gestadas, sobretudo no mundo do trabalho, pois se remetem a um problema de ordem estrutural, insuperável pelo capital. Esse contexto tem suas raízes fincadas nas transformações societárias engendradas na década de 1970, porém com maior relevo nos anos de 1980 e 1990. Esse contexto é marcado por uma profunda crise de acumulação do capital, que se vê compelido a encontrar respostas imediatas. Com o objetivo de superação desse quadro o capitalismo monopolista lança mão de uma série de reajustes, medidas e estratégias que desencadeia o surgimento de transformações societárias, que atingirá todas as esferas da vida social. O aprofundamento dessa discussão na primeira dimensão dessa crise remete aos anos de 1980 por ser palco de um grande salto tecnológico, ou seja, de uma revolução tecnológica no que diz respeito o desenvolvimento das forças produtivas, no capitalismo.

Tratava-se de reestruturar o padrão produtivo pautado no binômio taylorismo e fordismo, buscando retomar os patamares de acumulação presentes no processo anterior, principalmente no pós-45. De acordo com Antunes (1996, p. 79) “houve a emergência de um conjunto expressivo de processos produtivos no interior do capitalismo que de alguma forma mesclam, substituem, alteram esses padrões fundados no binômio fordismo e taylorismo”. Ganha evidência, nesse contexto, o modelo japonês – toyotismo- por fundar-se na produção flexível e assim adequando-se as alterações cotidianas do mercado. Porém não se trata de uma extinção do taylorismo/fordismo, mas uma incorporação com adequação das ideias, cuja centralidade é a flexibilização.

De acordo com Netto (1996) a “revolução tecnológica” engendrada pelo capitalismo tem como implicação a redução massiva do “trabalho vivo”, ou seja, através da reestruturação produtiva, tem redimensionando a relação entre “incluídos/excluídos”, pois com a adoção de novas formas de contratação focadas na precarização, flexibilização, contribui para o acirramento das desigualdades, assim como a estratificação entre os que vivem do trabalho seja por modalidade de contratação, como também por sexo, idade, etnia.

Com destaque a supervalorização do trabalho qualificado. Esse quadro confirma o projeto do capitalismo monopolista a partir das transformações societárias

em curso. Concebendo o Estado moderno como “parte integrante da ordem burguesa e não externa a ela” (MONTANO; DURIGUETTO, 2010, p.143) a crise da década de 1970 desencadeia uma reestruturação, que não se restringe apenas ao capital, mas obriga o Estado a reordenar processos e instituições existentes, com o objetivo de através de mecanismos econômicos e extra econômico atenuar ou neutralizar a crise.

Esses mecanismos pautam-se no rompimento com o “pacto Keynesiano” e adotam três frentes: a. minimização do aparelho estatal através da privatização dos bens públicos; b. centralização do capital através da formação de monopólios; c. redução dos custos de produção para o capital a partir do trabalho. Adoção de medidas estruturantes com ênfase na flexibilização, reforma da previdência, subcontratação, flexibilização das leis trabalhistas e redução dos gastos com a área social (MONTANO; DURIGUETTO, 2010).

No contexto, das reformas em curso, o regime “fordista-keynesiano”, segundo Montano e Durguetto (2010) deve ser substituído por uma nova estratégia hegemônica que tem por base a anulação das conquistas trabalhistas e que possibilite a super exploração do trabalho. O “novo regime” pauta-se na adoção da ofensiva neoliberal.

Conforme Oliveira (1998, p. 26-27), o regime neoliberal possui, no país, duas facetas:

A primeira é a mais evidente, pois, enquanto a economia se recupera, o social piora. A segunda é a desestruturação da capacidade de luta opositora (através dos sindicatos, partidos, organizações populares e dos movimentos sociais) que compreende também dois movimentos: 1º. Pelo ataque as bases da esperança coletiva, da força de resistência popular, pelo apelo à amnésia brasileira; 2º. Pela instauração do medo da mudança, do novo, da experimentação, numa reafirmação da raiz elitista que compõe a formação econômico-social da elite brasileira, que marca seu atraso cultural, seu preconceito, seu ódio pelo povo.

A reforma do Estado tem suas bases em uma suposta “escassez” dos recursos públicos, o que provocaria uma crise fiscal do Estado, nesse caso os gastos superam as receitas, o que gera um déficit estatal. No caso brasileiro, as primeiras ações elevam a inflação e posteriormente é combatida com recortes orçamentários. Essas ações fazem parte dos “ajustes estruturais”, que visam adequar o Estado à orientação monetarista neoliberal sob o cumprimento das determinações do FMI e do Banco Mundial.

Segundo Montano e Duriguetto (2010) nesse cenário as políticas sociais assumiram uma nova configuração de acordo com as novas estratégias de acumulação. Desse modo as políticas sociais estão condicionadas a redução dos gastos públicos. O que ocorre é um direcionamento dos organismos multilaterais para a substituição de políticas sociais por programas de combate à pobreza. Destarte tem-se a substituição da universalização do direito (conquistada em um amplo movimento de lutas sociais) pela focalização das ações e direcionamento dos serviços públicos aos comprovadamente mais pobres.

As ações estatais assumem dois eixos: um da privatização dos serviços sociais e outro pela introdução da mercantilização no setor público através da introdução da gestão de natureza privada e a possibilidade de cobrança pelos serviços.

Para os trabalhadores, conforme Antunes (2010), esse contexto de “crise” além dos impactos que repercutiram na precarização do trabalho e desregulamentação do sistema de proteção social, também repercutiu no plano ideológico através do culto ao subjetivismo e do ideário fragmentador de apologia ao individualismo em contraposição a qualquer forma de solidariedade e de ação coletiva.

4.1 O processo de trabalho do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família

Dentro desse contexto o Serviço Social como profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, e que apresenta historicamente o Estado capitalista como um dos principais espaços para atuação profissional, sofre as consequências desse processo de reforma ou “desregulamentação” com incidência diretamente nas condições e relações de trabalho do assistente social.

Na análise de alguns estudiosos da profissão, entre estes, Netto (1996), as transformações societárias trazem novas e intensas demandas transformando o universo de usuários do Serviço Social mais heterogêneo e complexo e assim exigem-se do assistente social mais criatividade e eficácia na sua prática. Observa-se a crescente fragmentação das atividades profissionais, exigindo uma especialização dos profissionais; diferenciação gradativa das condições de trabalho nas instituições estatais e nas instituições privadas.

Concordamos com Iamamoto (2007, p.22) ao afirmar que esse conjunto de transformações:

[...] ocorre no âmbito de processos e relações de trabalho, organizados por seus empregadores, que detêm o controle das condições necessárias à realização do trabalho profissional. Assim, as alterações que incidem no chamado “mundo do trabalho” e nas relações entre o Estado e a sociedade - que têm resultado em uma radicalização da questão social -, atingem diretamente o trabalho cotidiano do assistente social [...].

Compreende-se, a partir dessa análise, que o trabalho do assistente social e a potencialidade das respostas dadas as questões que lhe são colocadas estão diretamente sobrepostas na relação estabelecida com os organismos empregadores, assim como nas condições que lhe são postas para o exercício da prática profissional, como: baixos salários, precarização da contratação, intensidade e condições de trabalho. Por conseguinte, percebe-se que essas questões incidem diretamente no conteúdo ético-político profissional, que encontra-se vinculado a defesa intransigente dos direitos sociais, assim como volta-se para a luta pelo estabelecimento de uma nova ordem societária.

No que concerne a Estratégia Saúde da Família, locus do nosso estudo, o Serviço Social insere-se como profissional na equipe básica para contribuir com o princípio básico do programa, que é a promoção da saúde. É necessária uma atenção não somente para as ações e serviços relacionados à doença, incapacidade e morte, mas também, ações que atuem nas causas desses fatores citados, como as condições de trabalho e lazer, o modo de vida dos usuários e dos vários grupos sociais. A promoção a saúde é voltada para o controle social e a intersetorialidade, nesse contexto, o Serviço Social vem construindo projetos que facilitam a participação dos usuários enfatizando a informação sobre a prevenção da doença, pois parte do entendimento que os aspectos inerentes a saúde são advindos das condições de vida (SILVA apud VASCONCELOS et al, 2009, p. 320-321).

A intersetorialidade é fundamental no cotidiano dos serviços de saúde, a prática dos assistentes sociais é direcionada para estabelecer uma articulação entre vários setores que envolvam políticas sociais. Ainda dentro dessa proposta do programa, o Serviço Social também tem contribuído para a educação em saúde, uma prática baseada no diálogo entre o saber científico e popular, promovendo a inter-relação entre profissionais, usuários e organizações sociais (VASCONCELOS et al, 2009, p.321).

No entanto o assistente social enfrenta desafios para efetuar sua prática no cotidiano do Programa Saúde da Família, sem o funcionamento de mecanismos de referência e contra referência o trabalho é dificultado. Continua a prática

individualizada que se opõe a um trabalho de equipe que é uma das propostas do programa. Em contrapartida, a população cobra da equipe a responsabilidade de obter resultados satisfatórios no atendimento a atenção básica. Vários são os fatores, sobretudo os que se relacionam a precarização do trabalho e a minimização do Estado no trato às expressões da questão social¹¹ que interferem nas ações que o Serviço Social deve intervir adequadamente e problematizar junto à equipe multiprofissional, estabelecendo uma troca de conhecimentos e experiências para então resultar em um modelo assistencial efetivo (TEIXEIRA, 2002).

Observa-se uma progressiva degradação das condições de vida da população, resultante das transformações societárias em curso. A realidade socioeconômica das famílias é acompanhada pelo PSF, já que a proposta do programa estabelece o vínculo dos profissionais com a comunidade assistida. Porém diante da precarização e o enxugamento das políticas públicas no Brasil, em especial às de assistência social, o profissional de Serviço Social do ESF enfrenta dificuldades ao referenciar usuários para as instituições responsáveis por viabilizar o acesso aos direitos sociais, uma vez que se obtêm respostas fragilizadas.

Apesar de o ESF ser adotado como modelo de reestruturação básica à saúde, ainda vivencia problemas como: falta de medicamentos, condições físicas inadequadas para a realização do trabalho, inexistência de salas para reuniões e algumas unidades não oferecem salas para atendimento do Serviço Social. Percebe-se uma grande demanda a ser atendida, já que os profissionais estão inseridos em mais de duas unidades, assim ficam diante de uma grande quantidade de famílias a serem atendidas (BERNARDINO et al, 2005).

O assistente social vê-se frente a um desafio: fortalecer a categoria profissional inserida em condições de trabalho adversas. Para isto utiliza estratégias de resistência como o Projeto Ético-político do Serviço Social, que adota princípios compartilhados com os do Movimento da Reforma Sanitária.

Na passagem dos anos 1980 para os anos 1990, o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro configurou-se, incorporando novas questões, assimilar múltiplas problemáticas e enfrentar desafios emergentes. Esse projeto tem como base o reconhecimento da liberdade como valor central. A liberdade concebida historicamente como possibilidade de escolher alternativas concretas. A partir desse fundamento existe o compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

É visível que a manutenção e efetivação desse projeto dependam da vontade majoritária da categoria profissional e, também, do revigoramento democrático e popular reprimido pelo projeto neoliberal (NETTO, 1999). Concordamos com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009, p.15) afirmando que:

Não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. [...] Mas do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que macula direitos de conquistas defendidos pelas suas entidades representativas nos seus fóruns e inscritos nas legislações normativas da profissão.

É nesse contexto desafiador e instigante que atua o profissional do Serviço Social, na perspectiva de promover a cidadania através da inclusão social, viabilizando o acesso a direitos e lutando pela efetivação plena do projeto profissional

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações societárias recentes remetem-nos a uma série de interrogações a respeito do tema supra abordado, o qual não se extingue em si mesmo, mas prevê embasamento para outros novos. O presente estudo objetivou ser um instrumento de trabalho que ajudasse na formação de novos conhecimentos, no sentido de estar comprometida, independentemente do seu campo de atuação, com a atualização permanente e sintonizada no ritmo das mudanças locais.

A investigação permeou o campo da formação permanente, perseguindo, através de um estudo teórico-critico respeitar os compromissos ético-políticos do profissional do serviço social e aperfeiçoar conhecimentos teórico-instrumentais, concluindo que o assistente social deve estar capacitado para dar conta da realidade social, notadamente no que se refere à área da saúde.

Ainda que tenham ocorrido avanços nas políticas de saúde brasileira e apesar dos direitos dos cidadãos estarem garantidos pelo Estado, mesmo assim, a partir da década de 1990, vive-se o paradoxo entre os avanços conquistados na CF/1988 e o SUS. É justamente nas lacunas da não consolidação do SUS que o trabalho do assistente social tem se efetivado, a fim de atender a demanda da classe subalterna da sociedade, fortalecendo o mecanismo de sujeito de direitos, que efetivam a plena cidadania.

Com o surgimento de PSF, criado como uma estratégia da reforma do Estado, para desenvolver um trabalho junto à comunidade, focado na população de “risco social”, identificando os determinantes do processo saúde/doença e promovendo melhoria das condições de vida da população, houve também a possibilidade do assistente social contribuir para uma nova concepção de promoção à saúde, haja vista que desde sua implantação, o Serviço Social busca ser reconhecido como ator importante no quadro social e, como se estudou, até o momento, não foi acatado pelo Ministério da Saúde.

O ESF se configura como um importante espaço sócio ocupacional do assistente social e é perceptível a potencialidade de sua atuação neste ambiente, visto que a questão social é a matéria-prima de estudo destes profissionais. A intervenção do assistente social junto ao usuário do ESF e da política de saúde propõe a garantia de direitos de cidadania e de saúde. O Estado, nesta situação, emerge-se como

protagonista, devendo desenvolver ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde, buscando um atendimento humanizado e integralizado.

A investigação aponta aspectos relevantes da importância da inserção do assistente social na equipe mínima do ESF, o avanço no caminho da materialização do projeto ético-político da profissão, reforça os princípios democráticos como condições para a transformação. Assim, pretende-se que seja reconhecida a dimensão da atuação do assistente social na sociedade e integrando-o na equipe do ESF, não só pelo prisma de sua identidade profissional, mas também pela sua ação responsável sobre os problemas que afetam a saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. . Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. 50, p. 78-86, 1996.
- _____. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?. **Praia Vermelha** (UFRJ), v. 20, p. 11-20, 2010.
- BERNARDINO, F. E.et al. O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. In: **Revista Katálisis**, fascículo número 2, volume 8, de julho a dezembro de 2005 (p. 247-255).
- BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).
- BEHRING, Elaine Rossetti. **As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital**. Especialização do CFESS, 2009, p.1-21.
- BORÓN, Atílio. A Sociedade Civil depois do Dilúvio Neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Cap. 3 , p.63-118.
- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil: **Promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. "**Programas e Projetos: Saúde da Família**". Brasília, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. In: **A Construção do SUS: histórias da Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.85-87.
- BRAVO, Maria Inez de S.; Matos, Castro de M. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA. Ana Elizabete [et al.], (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2006.Cap. 5, p.88-110.
- CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Aprovado em 13 de Março de 1993. Brasil, 2006, p.27-51.
- CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (versão preliminar). Brasília, mar/ 2009.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, ANA E.org. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo; Cortez editora, 2007.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea.** Especialização do CFESS, 2009, p.1-45.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas De Saúde No Brasil Nos Anos 80: A Conformação Da Reforma Sanitária E A Construção Da Hegemonia Do Projeto Neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) et al. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Huncitec. 1995, Cap.1, p.19-91.

MERHY, Emerson Elias; JUNIOR, Helvécio M. Magalhães; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 2. ed., São Paulo:Cortez, 1992.

OLIVEIRA, Francisco. Neoliberalismo à Brasileira. In: GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** 4ª edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1998.

PACHECO, Valdirene. **O assistente social como profissional da saúde.** 2007. Disponível:http://educacaofisica.org/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=2. Acesso em: 18 mai. 2016.

POTYARA. A. P. Pereira. Políticas de Satisfação de necessidades no contexto brasileiro. In: **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, C. C. et al. **A direção social da prática profissional do assistente social na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB:** algumas considerações. Universidade Estadual da Paraíba/UEPB/Departamento de Serviço Social, Campina Grande – PB, p.1-6.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, Maria I. de S.; POTYARA, Amazoneide P.P. (Orgs.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ,2002. p. 235-254.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde In: **Política Social e Democracia.** Editora Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009, p.1-32.

VIANA, Ana Luiza D’Vila. As Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90: O (Longo) Período de Reformas. In: CANESQUI, Ana Maria (Org). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico.** São Paulo: Saúde em Debate. FAFEP. 2000. Cap. V. p.113-133.