



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA PAULA FERREIRA VANDERLEY**

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**um resgate histórico no município de Campina Grande – PB**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2016**

**ANA PAULA FERREIRA VANDERLEY**

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
um resgate histórico no município de Campina Grande- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da Paraíba  
como requisito para a obtenção do título de  
Bacharela em Serviço Social.

**Orientador:** Prof<sup>o</sup> Ms. William Almeida Lacerda.

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

V235i Vanderley, Ana Paula Ferreira.  
Inserção do assistente social na Estratégia Saúde da Família [manuscrito] : um resgate histórico no Município de Campina Grande - PB / Ana Paula Ferreira Vanderley. - 2016.  
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Prof. Me. William Almeida Lacerda, Departamento de Serviço Social".

1. Sistema Único de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Assistente social. 4. Política de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ANA PAULA FERREIRA VANDERLEY

**INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
um resgate histórico no município de Campina Grande- PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da Paraíba  
como requisito para a obtenção do título de  
Bacharela em Serviço Social.

Artigo aprovado em:

Nota: 8,5

BANCA EXAMINADORA

William Almeida de Lacerda

Profº Ms. William Almeida Lacerda (Orientador)  
Departamento de Serviço Social/UEPB

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

Profº Ms. Thaísa Simplicio Carneiro Matias (Examinadora)  
Departamento de Serviço Social/UEPB

Joselita Alves Brasileiro

Joselita Alves Brasileiro (Examinadora)  
Assistente Social

CAMPINA GRANDE – PB

2016

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus pelo dom da vida, por nunca ter me abandonado, por ter me dado forças para nunca desistir do meu propósito mesmo diante de algumas dificuldades, por me permitir acordar a cada novo amanhecer.

Aos meus amados pais de sangue, Manoel e Josicleide, por serem exemplos de vida, pelo amor, apoio incondicional e incentivo em tudo aquilo que tenho procurado ser. Pela educação recebida, valores que me fizeram ser quem sou hoje.

Aos meus queridos pais de coração, João e M<sup>o</sup> das Graças, por terem me ajudado de todas as formas que uma pessoa pode ser ajudada. Pelo carinho, apoio e incentivo desde o início da minha formação, por partilharem comigo cada conquista.

Aos meus familiares e amigos que sempre me incentivaram com palavras de apoio, em especial as minhas amadas irmãs e irmão e a minha tia Verinha por ter colocado os primeiros “tijolos” no alicerce da minha jornada escolar.

As minhas colegas de curso por terem partilhado comigo momentos únicos em minha vida.

A minha supervisora de campo, Joselita, pela paciência e atenção dedicadas a mim.

Ao professor William por ter me acolhido como orientador, pela paciência e compreensão dedicadas a mim.

A todos, que não foi possível citar aqui, mas que de forma direta ou indireta fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma análise de como ocorreu a inserção do assistente social na Estratégia Saúde da Família - ESF no município de Campina Grande-PB. Deste modo, faz-se uma reflexão sobre o trabalho dos assistentes sociais nesses espaços e como os mesmos tem contribuído para melhoria do atendimento realizado na localidade em tela, visto que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde - SUS e aonde chega para o assistente social as tradicionais demandas às quais se fundem entre necessidades sociais e de saúde; analisar como tem sido desenvolvido o trabalho dos assistentes sociais dentro das estratégias saúde da família; verificar quais são os desafios que estes profissionais enfrentam para exercer seu trabalho junto a equipe da ESF; apreender a contribuição do assistente social nas equipes básicas de saúde. Fruto de uma instigação do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social na Unidade Básica de Saúde – UBS Jocel Fachine no bairro Cuités no município de Campina Grande, o artigo constitui-se num estudo de natureza bibliográfica.

**Palavras chaves:** Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Assistente Social.

## ABSTRACT

This study aims to analyze how was the inclusion of social workers in the Family Health Strategy - ESF in the city of Campina Grande-PB. Thus, it is a reflection on the work of social workers in these areas and whether they have contributed to improving the service provided at the location on the screen, since the Primary is the user's gateway to the Unified Health System - SUS and where it comes to the social worker traditional demands which merge between social and health needs; analyzing how the work of social workers within the health strategies of the family has been developed; verifying to what extent the poor conditions experienced by social workers bounce in professional practice and professional responses; apprehending if it has been valid the contribution to the social worker at the health care teams. The result of astage instigation supervised required in Social Work at the Basic Health Unit - UBS Jocel Fachine in Cuités neighborhood in the city of Campina Grande, the article has a bibliographic nature.

**Key words:** Health Unic System, Family Health Strategy, social worker.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988--</b> <b>.....</b>	<b>7</b>
<b>3. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>11</b>
<b>4. COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NAS ESF</b> -----	<b>14</b>
<b>5. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE- PB</b> -----	<b>17</b>
<b>6. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA</b> <b>FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE</b> -----	<b>18</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva fazer uma análise da inserção do(a) assistente social nas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande-PB; analisar como tem sido desenvolvido o trabalho dos assistentes sociais dentro das estratégias saúde da família; verificar quais são os desafios que estes profissionais enfrentam para exercer seu trabalho junto a equipe da ESF; apreender a contribuição do assistente social nas equipes básicas de saúde.

A aproximação com essa temática se deu a partir da experiência vivenciada no estágio supervisionado em serviço social, realizado no Programa Saúde da Família no município de Campina Grande, realizado no período de Março de 2014 a Junho de 2015. Visto que o assistente social realiza várias intervenções dentro e fora da Unidade Básica e diante de algumas dificuldades que estes enfrentam para desempenhar seu trabalho de forma a atender as demandas da população de acordo com os princípios do SUS e do código de ética da profissão.

O estudo torna-se relevante na medida em que pretende contribuir com reflexões, problematizações e discussões, tanto no meio acadêmico quanto entre outros profissionais da área, e sociedade em geral, os Conselhos de Serviço Social e os usuários da política, no sentido de contribuir para os processos de planejamento, formulação, participação e controle social. Para ajudar nessa reflexão utilizou-se da pesquisa bibliográfica que segundo Marconi e Lakatos (1992) é o levantamento de toda bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, é resultado de reivindicações de vários sujeitos sociais. Ele aponta à redefinição dos modelos de atenção à saúde vigentes até então no Brasil, centrados no paradigma médico-privatista, focado nos processos individualizados de cura.

Foi nesse contexto que as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) assumiram, a partir de 1999, o Programa Saúde da Família (PSF). Evidenciava-se no discurso oficial que o modelo de assistência à saúde, centrado na estrutura médico-hospitalar, esgotou suas possibilidades de responder com eficácia à crescente demanda da população. Nesse sentido, o PSF foi apresentado, no governo FHC, como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial hegemônico. O PSF possui o objetivo de reorganizar a Atenção Básica, voltado para promoção e prevenção da saúde em territórios de abrangência bem delimitados

para trabalhar a demanda emergente da comunidade, tendo como foco o cuidado com as famílias.

Com o tempo percebeu-se que o PSF era uma estratégia voltada a atenção básica da saúde e o programa ganhou uma nova denominação, passando a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é formada por uma equipe “básica” de trabalho, composta por: profissionais de medicina, enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes de saúde e, em algumas cidades o(as) assistente social tem sido requisitado(a) para fazer parte do quadro de funcionários(as).

Vale ressaltar que o trabalho dos assistentes sociais nesses espaços tem sido bastante proveitoso e vem contribuindo para a implementação da estratégia em diferentes locais do país, apesar das críticas e de algumas dificuldades que os mesmos enfrentam no ambiente de trabalho.

A partir dessas considerações, surge a necessidade de refletirmos sobre algumas questões: como o trabalho dos(as) assistentes sociais pode contribuir para melhorias na vida da população atendidas pelas ESF? Os assistentes sociais tem conseguido executar suas atribuições diante de tantas dificuldades? Será que os(as) assistentes sociais tem se mobilizado para serem realmente integrados às ESF? Será que a população atendida por esse serviço tem consciência da impotência do assistente social nesses ambientes?

A estrutura deste trabalho encontra-se dividida da seguinte forma: política de saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988. Lei Orgânica da Saúde. Competências do Serviço Social na Saúde e na Estratégia Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família em Campina Grande. A inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande. Buscou-se contextualizar a Política de Saúde Brasileira desde os primeiros marcos históricos, passando pelos avanços da Constituição de 88, com destaque para o SUS, implementação das Estratégias de Saúde Básica e finalizando com a inserção dos assistentes sociais nas estratégias de Campina Grande.

## **2. POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

No Brasil Colônia a saúde brasileira se espelhava na organização sanitária de Portugal, com a Proclamação da República a responsabilidade passou a ser atribuída aos Estados, já no século XX surgiram várias epidemias e teve início a produção de vacinas. Início da década de 1970 houve a luta pela reforma sanitária, a população foi as ruas

reivindicar e pedir direitos como postos de saúde, transporte adequado, água tratada, acesso à alimentos, saúde e educação.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídicos, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (MOTA, 2009).

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social (PAIM, 2009).

No Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 197 da Constituição Federal de 1988 prevê que:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988, p. 98).

Paim (2009) diz que antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o riscos às doenças e a agravos, compondo as políticas sociais.

Segundo a Constituição vigente a nova concepção de saúde é o modelo que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença. Assim, saúde passa a ser entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia.

Uma vez aprovada a Constituição, por meio da qual foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade brasileira. Tratava-se, no caso, da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90). Como esta lei sofreu diversos vetos do presidente da República, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8.142/90. (PAIM, 2009). A finalidade de tal lei é regular em nível nacional as ações públicas e privadas dos serviços de saúde, além de especificar os objetivos, atribuições e atuações do SUS, bem como traçar os passos para a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde 8.080/8.142/90), Bravo (2006) destaca que na década de 1990 existiram dois projetos antagônicos na política de saúde brasileira. Por um lado, o projeto de saúde articulado ao mercado, ou de reatualização do modelo assistencial-privatista, pautado na política de ajuste neoliberal; por outro, o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980, tendo como uma de suas estratégias o SUS, fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados com o movimento popular, que contempla a universalidade da saúde em todos os níveis de assistência.

Para muitos fica a impressão de que a Constituição não definiu se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Na realidade, essa ambiguidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte. Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS, embora viesse a ter consequências problemáticas depois. Segundo a Constituição, as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contratos com serviços privados que, nesses casos, deveriam funcionar como se fossem públicos. (PAIM, 2009)

Ainda de acordo com a Lei Magna, o SUS seria organizado a partir de três orientações fundamentais e diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (PAIM, 2009)

Os princípios fundamentais e diretrizes do SUS, estabelecidos no artigo 20 da Lei Orgânica da Saúde (8080/90), prevêm os seguintes aspectos:

- *Universalidade*: significa a garantia de todo e qualquer cidadão ao direito de acesso a todos os tipos de serviços públicos referentes à atenção à saúde, sejam eles estatais ou privados, conveniados ou contratados;
- *Equidade*: quer dizer, igualdade com justiça, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Deve, assim, considerar as diferenças sem nenhum tipo de privilégios ou preconceitos de qualquer espécie, oferecendo tratamento igualitário e humanizado a todos os usuários;
- *Integralidade*: busca reconhecer a unificação da assistência à saúde em todos os níveis do sistema, através de um conjunto articulado de ações e serviços curativos e preventivos, individuais e coletivos;
- *Participação da Comunidade*: significa a gestão participativa da população na política de saúde, a garantia constitucional de que a sociedade civil organizada participará do processo de proposição, planejamento, avaliação e controle, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.
- *Descentralização da gestão*: corresponde à descentralização político-administrativa a partir da redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde, com direção em cada esfera de governo.

Essa mudança de paradigma na saúde, embora limitada pelo jogo entre as forças políticas contraditórias, foi em grande medida fundamentada no projeto do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que emergiu em meados da década de 1970. Este movimento trouxe para o cenário político uma luta incessante pela adoção de um paradigma centrado na compreensão da produção social da saúde (MENDES, 1996).

A tarefa de ampliar o conceito de saúde foi árdua, pois a lógica do setor saúde estava centrada o modelo médico-assistencial privatista, direcionada para o lucro. Portanto, para a saúde ser reconhecida enquanto direito de todos e dever do Estado apresentavam-se como necessidades para a agenda sanitária: reconstruir a base jurídico-legal do sistema e reorganizar os serviços e práticas de saúde (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

Em relação a definição do SUS de acordo com a lei 8.080/90, Paim (2009, p. 55) informa:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (Art. 4º).

Não obstante, a proposta reformista do SUS encontra sérios impasses à sua concretização ante o contexto macrosocial dos anos subseqüentes à sua criação. Na década de 1990, frente a um cenário tenso, em pleno desenvolvimento e consolidação da política neoliberal no Brasil, o SUS enfrenta dificuldades para efetivar os princípios acima citados. Acentuam-se os desafios para conduzir a política de saúde de forma que atenda as necessidades dos usuários, haja vista, a redução do Estado nas políticas sociais e a contenção dos gastos na esfera social (BRAVO, 2006).

Embora exista a regulamentação em Lei na Constituição Cidadã e no SUS, muitos são os obstáculos que se fazem presente e a saúde no Brasil continua sendo uma área de grande disputa na medida em que faltam repasses financeiros ao setor, mantendo ainda a dependência do setor privado, excluindo grande parcela da população do acesso aos serviços que ainda apresentam características discriminatórias, seletivas e focalizadas para diferentes cidadanias. (BRAVO, 2006).

### **3. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Diante dos percalços enfrentados pelo SUS, em 1994, o Ministério da Saúde lança mão do Programa Saúde da Família (PSF) , assumindo o desafio de garantir o acesso de todos aos serviços de saúde. A intenção era reorganizar as práticas de saúde tradicionais, bem como todo o sistema, através de uma nova proposta de atenção básica. De acordo com o referido órgão, este programa, atualmente considerado como estratégia, busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se na “porta de entrada” do sistema, precisando estar articulado com os demais níveis de assistência à saúde.

Neste sentido, Mendes aponta que:

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Só haverá atenção primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade (1996, p. 13).

A ESF é implementada pelo Ministério da Saúde (MS) visando a “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional”. Tal proposta apresenta características de um novo modelo de atenção: segundo Franco e Merhy (2007), têm caráter substitutivo, de integralidade e hierarquização, com territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional, priorizando a assistência individual e ações de prevenção e promoção da saúde.

Segundo os preceitos do MS, a equipe básica é constituída, basicamente, por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, e agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na sua atual formação, ele conta também com dentista e auxiliar de consultório odontológico. Vale ressaltar que, em alguns municípios tem acontecido a inserção de outros profissionais, a exemplo de Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogo.

Para Venâncio (2008, p. 14)

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

Segundo Cordeiro (1996), a proposta de ações voltadas à família seria, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida, a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença; da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital; a humanização das práticas de saúde da comunidade; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais.

Nesse sentido, Souza e Carvalho (2003) apontam que o trabalho do PSF que tem como referencial norteador a elevação da qualidade de vida de sua população não pode ficar restrito a medidas que atenuem um problema cuja amplitude foge à sua capacidade de atuação. Tais medidas precisam ser substituídas por estratégias que visem a melhoria das condições de vida dessas famílias por meio de ações intersetoriais que atuem também nos níveis da geração de renda, alimentação, educação, habitação e saneamento, oferecendo condições mínimas para uma existência digna e para a prevenção de situações de risco.

O PSF constitui-se não como um modelo para atender somente regiões pobres e famílias/comunidades excluídas, embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde, mas como uma política de fortalecimento dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde. Contudo, a prioridade de atendimento do PSF recai em regiões de maior risco social. Para tanto, sua atuação baseia-se na concepção de que as unidades de saúde devem oferecer cuidados de atenção básica à comunidade, aproximando-se dos usuários, estendendo os serviços para as localidades onde esses não estão disponíveis e introduzindo a assistência à saúde no espaço-domicílio. Nessa perspectiva, o PSF é conceituado como “um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão atendimento na unidade de saúde, na comunidade no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

O trabalho das equipes deve estar voltado para ações multiprofissionais e interdisciplinares, fazendo com que haja uma integração entre os profissionais e os usuários, bem como incentivar o controle social, através da participação da comunidade na política de saúde em nível local. Desse modo, a ESF torna-se um elemento inovador e importante para a saúde pública do país, tendo em vista a preocupação com as necessidades e demandas da população.

A ESF se constitui, atualmente, em um dos pilares da saúde pública no Brasil, em decorrência de sua vertiginosa expansão numérica das equipes, da crescente legitimação institucional da estratégia no âmbito do SUS e do fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira. Cabe ressaltar alguns dos resultados positivos em relação aos indicadores epidemiológicos trazidos com a ESF. De acordo com o Ministério (BRASIL, 2004), tem-se a redução da taxa de mortalidade infantil, a ampliação da cobertura vacinal, a queda na taxa de internações, como por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos, a diminuição da taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva na mesma faixa etária, expressando os resultados positivos adotados no controle da hipertensão arterial (CARNEIRO, 2011).

Apesar dos avanços nos indicadores de saúde obtidos com sua implementação, a ESF vem sendo alvo de severas críticas, sendo que o grande foco de tais avaliações é o questionamento da contribuição efetiva da estratégia para a converção do modelo assistencial.

Uma das críticas, que emergiu desde o início da implantação da Saúde da Família - SF- no país, é a identificação de suas recomendações de contenção de gastos públicos (FRANCO; MERHY, 2007). Tais organismos apontam para uma tendência à divisão na

prestação de serviços de saúde: os serviços de atenção básica x os secundários e terciários (CORREIA, 2005). Os primeiros, inseridos na rede pública – materializados, no Brasil, especialmente a partir da Estratégia Saúde da Família, deveriam ser voltadas apenas para a população pobre, que não tem condições de comprá-los no mercado, configurando uma “cesta básica de saúde”. Isso imprime um caráter seletivo e focalista às ações que, além disso, devem ser norteadas pela relação custo/efetividade. Os segundos serviços, lucrativos, deveriam estar situados preferencialmente na rede privada, aprofundando a tendência de considerar os cuidados em saúde como mercadoria.

Estudos como os de Santos-Filho (2007) e Carneiro (2008) relatam que os profissionais da ESF enfrentam em seu cotidiano de trabalho várias dificuldades no que diz respeito às condições de trabalho: precaridade da estrutura física para funcionamento das unidades de saúde, escassez de medicamentos e insumos, inexistência de um sistema de referência e contra-referência, entre outros. Teixeira (2007) também faz crítica à ESF, questionando a equipe mínima de profissionais: segundo ela, a montagem da equipe da ESF deve passar por um processo inverso, isto é, pela concepção da totalidade e não do mínimo possível, para conseguir ir além da atenção local.

#### **4. COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NAS ESF**

A atuação do serviço social em saúde iniciou-se, somente em meados de 1980 quando se consolidam o projeto ético político da profissão e a política de saúde. De acordo com o artigo 3º do Código de Ética do Assistente Social, constituem-se deveres destes profissionais:

- desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social

que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003).

De acordo com CFESS (2010, p. 30), a atuação do serviço social na área de saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Segundo o documento do CFESS (2010), os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos:

Atendimento direto aos usuários; o atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

Mobilização, participação e controle social; este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia

do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

Investigação, planejamento e gestão; este eixo envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

Assessoria, qualificação e formação profissional; as atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes.

Tendo como horizonte as diretrizes do SUS na estratégia do PSF, o Código de Ética do Serviço Social e a Lei de Regulamentação da profissão, as atribuições dos assistentes sociais na ESF que consistem em:

- a) encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania;
- b) prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- c) desenvolver ações sócio-educativas e culturais com a comunidade;
- d) identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;
- e) identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- f) contribuir para a capacitação e formação de conselheiros de saúde e de outros sujeitos sociais;
- g) discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- h) elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Saúde da Família;
- i) realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família;
- j) emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social;

k) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações da ESF;

l) acompanhar, na qualidade de supervisor de campo, estagiários de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica;

m) sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social na ESF.

## **5. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE- PB**

O marco inicial para a construção de uma nova proposta de atenção à saúde no município de Campina Grande - PB, deu-se em março de 1993, em decorrência da viagem de representantes da prefeitura de Campina Grande e do diretor da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) na época, o professor Geraldo Baracuh, ao IV Seminário Internacional de Atenção a Saúde, realizado em Havana. Daquele encontro, surgiu o interesse de trazer para a cidade o Programa Médico da Família. Tal projeto foi alterado devido ao convite do Ministério da Saúde para a implantação pioneira do programa federal denominado Saúde da Família. (CARNEIRO, 2011)

No ano de 1994, o PSF foi implantado no município, enquanto projeto piloto da estratégia, entre outros 12 municípios brasileiros, teve adesão da Secretaria Municipal de Saúde, inserido no Plano Municipal de Saúde, de acordo com as prioridades e dados epidemiológicos, como: a mortalidade materno-infantil; mortalidade proporcional por doenças infecto-contagiosas; e o percentual de crianças que nascem abaixo do peso. A referida cidade foi uma das pioneiras em nível nacional a assinar o convênio.

Inicialmente, apenas três bairros foram contemplados: Pedregal (com três equipes mínimas), Multirão do Serrotão (duas equipes) e Tambor (uma equipe). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, na atualidade, o município conta com 105 equipes.

Merece destaque o fato de o programa ter sido implantado sem a parceria do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Criado desde 1991 e apenas inserido na cidade em 1995, a ESF comprometeu a qualidade do atendimento posto que seus profissionais não conseguiam dividir, de modo eficaz, o tempo com as visitas domiciliares e com o atendimento nas unidades, tendo que literalmente correr atrás de tudo (CARNEIRO, 2008).

Deste modo, percebeu-se a inserção do PACS como um relevante articulador de ações da equipe ESF na comunidade e que a inclusão das equipes pioneiras sem o referido programa também contribuiu para o apoio da população ao novo projeto no município, uma vez que naquele período de mudanças houve uma clara aproximação dos(as) profissionais com as demandas sociais (CARNEIRO, 2011).

Nas Unidades Básicas de Saúde da Família, são prestados serviços como: consultas, vacinação, atendimentos de pré-natal, nebulização, curativos, entre tantos outros. Uma das inovações da ESF é a institucionalização de mecanismos que permitem a participação popular e o controle social. Esses mecanismos se consubstanciam tanto na sua co-gestão através da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde, quanto na própria metodologia e seu processo de trabalho.

Com a mudança do modelo de saúde, com a atenção básica centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social, percebeu-se a necessidade de se incorporar assistentes sociais às equipes visando que contribuíssem com esta proposta contra hegemônica, em sintonia com o projeto de Reforma Sanitária, de modo cooperativo no sentido de “promover uma interlocução entre os setores organizados da sociedade, interessados num projeto alternativo, e os setores excluídos que não têm condições, num primeiro momento, de se organizarem” (COUTINHO, 2010).

## **6. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**

No ano de 1995, um ano após a implantação da ESF, no município de Campina Grande, ocorre a inclusão de profissionais de Serviço Social, que trabalhavam na rede municipal, e passaram a desenvolver seu trabalho junto às equipes, mas não faziam parte oficialmente da equipe mínima. Os(as) assistentes sociais passaram a desempenhar um papel muito importante junto às equipes e as comunidades, contribuindo para o atendimento integral as famílias, a mobilização das comunidades, o exercício do controle social, a viabilização dos direitos sociais e o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção à saúde, entre outras ações. Um dos resultados das contribuições destes profissionais foi a gradativa implantação dos Conselhos Comunitários de Saúde – CCS (GUIMARÃES, 2004).

Dessa forma, inicia-se um processo de reivindicação da inserção “oficial” de tal profissão nas equipes básicas, conduzida pela Associação de Profissionais da Saúde da Família e pelas assistentes sociais que prestavam serviço às equipes, tendo como aliados o departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a delegacia seccional do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)-13ª Região, os Conselhos Comunitários de Saúde nos bairros atendidos pelo PSF, a coordenação local da SF (BENARDINO, 2005).

A forma de inserção destes profissionais nas ESF foi redefinida, ficando a partir de então cada assistente social responsável de 3 a 7 equipes. Vários fatores comprometem a

qualidade de atuação desses profissionais, motivos que vão desde o número excessivo de famílias por profissional, precaridade das condições de trabalho, ausência de uma gestão municipal que incentive e estimule a produção dos dados qualitativos, tem se preocupado apenas com os dados quantitativos, até a falta de compreensão de outros profissionais acerca da avaliação e planejamento.

Apesar das dificuldades as equipes tem desenvolvido trabalhos de educação em saúde, geralmente junto a grupos formados por características epidemiológicas e demográficas da população, como de gestantes, planejamento familiar, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos e de saúde mental, entre outros.

A formação profissional do assistente social fornece-lhe subsídios para entender a totalidade, para perceber os usuários como sujeitos históricos, reconhecê-los como cidadãos de direitos, capazes de serem protagonistas na sociedade e, também, estar mais próximo da realidade social, o que lhe permite uma intervenção estratégica e uma leitura crítica da realidade. O Serviço Social profissionaliza-se na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio-institucionais no âmbito das políticas sociais [...]” (ALMEIDA, 1996).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

O presente artigo veio contribuir para a reflexão acerca da inserção dos(as) Assistentes Sociais na Estratégia Saúde da Família – ESF - no município de Campina Grande, entendendo que sua presença torna-se importante na implementação de um modelo assistencial voltado para a atenção integral à saúde.

O Programa Saúde da Família, implementado pelo Ministério da Saúde, assumiu desafios como o de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. O objetivo do Programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, no novo modelo de assistência a atenção está voltada para a família a partir do lugar onde estes estão inseridos, ambiente físico e social.

Após várias leituras, sobre a temática, percebe-se que a promoção à saúde é o eixo central da proposta ESF e que a principal contribuição do Serviço Social é fortalecer as proposições do SUS na perspectiva da universalização e participação social.

A partir desta realidade o Serviço Social tem buscado ser reconhecido dentro das equipes básicas de saúde, mesmo sem ter o reconhecimento do Ministério da Saúde. O reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que abrange todos os modos de vida, a garantia da qualidade de vida, de direitos sociais. Mesmo com alguns limites, a ESF tem se

mostrado um excelente campo de atuação para estes(as) profissionais e estes(as) tem executado um excelente trabalho junto as equipes.

A intervenção do assistente social junto aos usuários da ESF e da política de saúde é possível no sentido de poder trabalhar os direitos de cidadania e a garantia da saúde como um direito social, pelo desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação. Buscando sempre um atendimento humanizado e integralizado.

No que tange a realidade de Campina Grande é importante resaltar que, embora exista o cargo de assistente social no quadro da ESF, essa inserção aparece como “secundária” ou “periférica”, especialmente por conta das condições nas quais estes(as) profissionais estão inseridos(as). Sem apoio da gestão, com sobrecarga de equipes sob sua responsabilidade, sem sala para atendimento individual ou suporte material para o desenvolvimento das atividades.

Contudo, o que se pretende é defender a inserção do(as) Assistente Social nas equipes básicas de saúde como medida de governo e opção real por um modelo de assistência a saúde, voltado para a atenção integral do indivíduo.

## **REFERÊNCIAS**

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 18, dez. 1996.

BERNARDINO, F. E.; BRASILEIRO, J. A.; VASCONCELOS, K. E. L.; CAVALCANTE, L. P.; RIBEIRO, S. P. **O Cotidiano Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família de Campina Grande- PB**. Revista Katálysis. Fascículo número 2, volume 8, de junho a dezembro de 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do BRASIL**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Fisco e Contribuinte, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 1. A Implantação da Unidade de Saúde da Família, Brasília, 1994.

BRAVO, M. I. de S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (Org.). **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CARNEIRO, Thaísa Simplicio. **A estratégia saúde da família em Campina Grande/PB**. Recife: o autor, 2011.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB:** um “neo-PSF às avessas”? 2008. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 1, Brasília: CFESS, 2010.

CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde, nº I, 1996. p. 7-25.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005 a. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

COUTINHO, C, N. A hegemonia da pequena política. In. : Oliveira, F. ; BRAGA, R. ; RIZEK, C. (Orgs). **Hegemonia às avessas.** São Paulo: Boitempo, 2010. ( Coleção Estado de Sítio).

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GUIMARÃES, E. A. D. Bases Para Um Alicerce Seguro. In. **Dez anos de PSF em Campina Grande.** Org. MACHADO, A. V. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

LACERDA, William Almeida de. **A participação popular na gestão local do programa de saúde da família em Campina Grande-Pb:** a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais. 134 f. 2005. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.

MATOS, Maurílio Castro. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde.** Cortez: ed.4. São Paulo: 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASCHE, D.F, HENNINGTON. E. A. **O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde.** 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: Possíveis Pontos para uma Pauta de Valorização. **Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde.** BARROS, Maria Elizabeth Barros de; SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa (orgs.). Ijuí: Ed. Ijuí, 2007. P. 261-266.

SOUZA, Rafaela Assis de, CARVALHO, Alysson Massote. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia.** Universidade Federal de Minas Gerais: Estudos de Psicologia. 2003, p. 515-523.

TEIXEIRA, M. J. de O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

VENANCIO, Sônia Ioyama et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da família – AMQ:** estudo de implantação no estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.