



**UFAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - IFCHS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA - PPGSS**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CUIDADO  
À SAÚDE DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISA LESTE DE  
MANAUS**

**JOSIARA REIS PEREIRA**

MANAUS

2017

**JOSIARA REIS PEREIRA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CUIDADO  
À SAÚDE DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISA LESTE DE  
MANAUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais na Amazônia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Yoshiko Sasaki

MANAUS

2017

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P436p      Pereira, Josiara Reis  
A Prática Profissional do Assistente Social no Cuidado à Saúde do Usuário na Atenção Básica do Disa Leste de Manaus / Josiara Reis Pereira. 2017  
111 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sasaki  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Serviço Social . 2. Saúde . 3. Prática Profissional. 4. Cuidado. I. Sasaki, Yoshiko II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

**JOSIARA REIS PEREIRA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO  
CUIDADO À SAÚDE DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA DO  
DISA LESTE DE MANAUS**

Dissertação Aprovada em 30 de Agosto de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Yoshiko Sasaki - Presidente  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia  
(PPGSS)

---

Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira - Membro  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia  
(PPGSS)

---

Profa. Dra. Lidianny Lima Cavalcante - Membro  
Departamento de Serviço Social – UFAM

---

Profa. Dra. Marinez Gil Nogueira - Suplente  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia  
(PPGSS)

---

Profa. Dra. Débora Cristina Bandeira Rodrigues - Suplente  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia  
(PPGSS)

MANAUS

2017

## ***DEDICATÓRIA***

*A minha família, professores e professoras, amigos e amigas que somam energias afetivas e acadêmicas nessa trajetória de apreensão e produção de conhecimento.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A essa força espiritual a qual chamo Deus, pelo movimento da existência e que dá significado a todas as coisas.*

*A minha família, em especial minha avó, Eleide Reis, por seu apoio incondicional à todas as etapas de minha formação acadêmica*

*A meu pai, Mailzon Pereira, in memoriam, a minha mãe Maria de Nazaré e aos meus irmãos, irmãs e sobrinhos, por me perdoarem as inúmeras ausências, pelo cuidado e amor que nos une.*

*A Lázaro, Jocelina, Brena Thiago e Raissa Ferreira, por todo apoio, carinho e acolhida. Vocês são parte desta conquista.*

*À Yoshiko Sasaki, minha orientadora e amiga, um ser humano ímpar. Obrigada, por ter acreditado em mim em todos os momentos, por acolher meu jeito de ser e por potencializar além do meu lado profissional, por potencializar à vida.*

*Às professoras e professores do PPGSS, Débora Rodrigues, Simone Eneida, Iraildes Caldas, Heloísa Helena, Cristiane Fernandez, Lucilene Melo, Roberta Ferreira, Socorro Chaves, Marinez Nogueira, Noval Benaion, por todo conhecimento compartilhado que nos guia para caminhos teóricos e práticos com mais firmeza e esperança.*

*À CAPES pelo apoio financeiro concedido na realização desta pesquisa.*

*Aos funcionários técnico administrativos do PPGSS, na pessoa do Whashington pelo apoio nas questões administrativas.*

*Às amigas da turma de 2015, Edielle, Viviane, Etyanne, Damares, Maria, Kellen, Jeane, Jéssica, Janilse, Naiara e Natália, pelas discussões, pelas trocas de experiências e amizade.*

*À Lidiane Cristo pela amizade em gestos tão concretos e fraternos, pelos cafés e reflexões, por tudo que nos permitimos transformar na experiência do mestrado e fora dele, pela esperança na vida. De forma especial, aos seus familiares que me acolheram em vários momentos deste trabalho.*

*Aos amigos e amigas que muito contribuíram direta e indiretamente com amizade, discussões, cafés e as inúmeras formas de apoio que somam esta etapa, Suzane Aires, Raissa Barbosa, Telma, Ivone, Diego, Gabriel, Pe. Silas, David, Reuly, Isteice e Anne Karina.*

*Às assistentes sociais que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, colaborando ricamente com a construção desse estudo.*

*À SEMSA e ao DISAL pela autorização para realização da pesquisa de campo e o apoio na realização desse estudo.*

*Aos membros titulares da banca, professoras Simone Eneida e Lidiany Cavalcante por estarem contribuindo desde o processo da qualificação deste estudo.*

*Gratidão!*

*“É precisamente, a necessidade permanente de lutar que dá à vida humana um significado perene” (Johan Galtung).*

## RESUMO

O Serviço Social é uma profissão criada primordialmente para intervir nas expressões da questão social nas sociedades capitalistas, como o Brasil e, na área da saúde está inserida desde os primórdios da profissão. O cotidiano profissional na saúde e nos demais espaços sócio-ocupacionais vai possibilitando a construção de novos conhecimentos que dão respostas profissionais à realidade de seus usuários. E no contexto contraditório de desigualdades e de redução do Estado via políticas públicas à população esses profissionais enfrentam desafios no seu exercício profissional, apesar da saúde ser direito universal e dever do Estado. A partir disso, problematizamos, frente às expressões da questão social, demandas pela população ao Estado, quais atribuições e competências são solicitadas ao assistente social? Tendo como objetivo geral, analisar as atribuições e competências do assistente social no cuidado à saúde do usuário da atenção básica no Disa Leste da cidade de Manaus e teve como objetivos específicos: a) detectar a visão dos assistentes sociais sobre a sua formação em saúde na graduação e/ou na educação permanente; b) verificar como os assistentes sociais utilizam as atribuições e competências da sua formação e dos parâmetros CFESS/CRESS na sua prática profissional; c) refletir como os assistentes sociais realizam a sua prática profissional junto à equipe de saúde na atenção básica. A amostra foi composta de oito assistentes sociais atuantes nas unidades básicas de saúde do Disa Leste. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas e foi analisada pela técnica de análise de conteúdo. Esta análise permitiu elencar os seguintes resultados. Na formação em saúde durante a graduação a maior parte das profissionais tiveram disciplinas, estágios e formações complementares, na qual foi identificado elementos da política de saúde e seu contexto sócio-histórico, contudo relataram que ao ingressarem sentiram dificuldades na rotina específica diante dos determinantes sociais em saúde. Na relação com as instituições o assistente social é reconhecido como um profissional que possui uma rotina de garantia de direitos, mas as práticas profissionais pouco extrapolam as demandas institucionais. Na relação com os usuários do serviço, atuam frequentemente no processo de educação em saúde, mas no aspecto da mobilização do controle social há um distanciamento na articulação dos espaços colegiados, assim como ações que potencializem este tipo de participação. Nas relações profissionais nas equipes de saúde ainda possui limitações no aspecto metodológico para se construir linhas de cuidado que extrapolem os contatos profissionais pontuais e se tornem espaços planejados e de decisão interprofissional. Desta forma, consideramos que estes elementos permitem afirmar que o assistente social deve exercitar continuamente a capacidade crítica diante da realidade contraditória e dinâmica da sociedade e do seu *locus* profissional. Assim, requer uma sustentação teórica, política e ética em construção.

**Palavras – Chaves:** Serviço Social – Saúde - Prática Profissional

## ABSTRACT

Social Service is a profession created primarily to intervene in expressions of social subjects in capitalist societies, such as Brazil, and it had been inserted in the field of health in since its beginning. The professional daily life in health and other socio-occupational spaces enables the construction of a new knowledge that allows professional responses to the reality of those who are in need of the service. And within the contradictory context of inequalities and the reduction of the State through public policies to the population, these professionals face challenges in their professional practice, although health is a universal right and a duty of the State. So bearing these facts in mind, we problematize, before the expressions of the social questions, demands by the population to the State, such as: what attributions and competences are required to the social worker? In order to find answers, we aimed to analyse the attributions and competences of the social worker in the health care of the primary care user in the East Health District (DISA Leste) in the city of Manaus and we had the following specific objectives: a) to detect the vision of social workers about their health training in undergraduate and / or continuing education; b) to verify how social workers use the attributions and competences of their training by the Federal Council of Social Service / Regional Council of Social service parameters in their professional practice; c) to study how the social workers perform their professional practice with the health team in basic care. The sample consisted of eight social workers working in DISA Leste's basic health units. Data were collected through semi-structured interviews and analysed using the content analysis technique. This analysis enabled us to list the following results. In health education during graduation, most of the professionals had complementary disciplines, internships and lectures, in which the elements of health policy and their socio-historical context were identified, but they reported that when they entered, they experienced difficulties in the specific routine regarding social determinants in health. In the relationship with institutions, the social worker is recognized as a professional who has a routine of guaranteeing rights, but the professional practices do not extrapolate the institutional demands. In the relationship with service users, they often act in the health education process, but in the aspect of the mobilization of social control there is a gap in the articulation of collegiate spaces, as well as actions that enhance this type of participation. In professional relationships in health staff, there are still limitations in the methodological aspect to build care lines that extrapolate professional contacts and become planned spaces and interprofessional decision. In this way, we can consider that these elements allow affirming that the social worker must continually exercise the critical capacity in the face of the contradictory and dynamic reality of society and its professional locus. Thus, it requires a theoretical, political and ethical support in construction.

**Keywords:** Social Service, Health, Professional Practice.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social  
CEFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social  
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
CNGTES - Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde  
CAIMIS - Centros de Atenção à Melhor Idade  
CAICS - Centros de Atenção Integral à Criança  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEO – Centro Especializado Odontológico  
CID – Código Internacional de Doenças  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASS - (secretarias estaduais  
CONASEMS (secretários dos municípios);  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DEPLAN – Departamento de Planejamento  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
DISA – Distrito de Saúde  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
GEPSSAM – Grupo de Estudos e Pesquisa em Seguridade Social na Amazônia  
HUGV – Hospital Universitário Getúlio Vargas  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MS - Ministério da Saúde

MP – Ministério Público

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PMF - Programa Médico da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

SEDECO - Secretaria de Desenvolvimento

SGTE- Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 3 - Programas de Saúde da Atenção Básica Ofertados pela SEMSA/Manaus .....	33
Quadro 1 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência – Manaus (2016) .....	35
Quadro 2 - Morbidade por grupos de causas, faixa etária e por residência – Manaus (2016) .....	35
Quadro 4 – Distribuição por zona dos Disas existentes em Manaus .....	39
Quadro 5 - Principais procedimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde do DISA Leste no período de janeiro a agosto/2015 .....	40
Quadro 6 - Unidades de Saúde que compõem a Amostra da Pesquisa no Disa Leste de Saúde de Manaus .....	41
Quadro 7 - Identificação das Assistentes Sociais .....	50
Quadro 8 - Área de estágio em serviço social durante a graduação .....	56
Quadro 9 - População da Zona Leste de Manaus. Censo IBGE, 2013.....	59
Quadro 10 - Os indicadores de saúde prioritários do Disa Leste de Manaus .....	60

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ações socioassistenciais/Parâmetros da Saúde CFESS/CRESS .....	74
Tabela 2 - Investigação, Planejamento E Gestão.....	76
Tabela 3 - Ações Socioeducativas/Educação Em Saúde .....	82
Tabela 4 - Mobilização, Participação e Controle Social.....	84
Tabela 5 - Ações de articulação interdisciplinar .....	88

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma resumido da SEMSA .....	33
Figura 2 - Mapa dos bairros da cidade de Manaus .....	37
Figura 3 - Mapa da Zona de Expansão Urbana e Zona Urbana da Cidade de Manaus .....	38

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I - A POLÍTICA DE SAÚDE E ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS NA REALIDADE DE MANAUS.....</b>	<b>20</b>
1.1 A saúde como processo social.....	20
1.2 A Descentralização do SUS em Manaus.....	26
1.3 A SEMSA e a distritação de saúde: o DISA leste de Manaus e algumas UBS's como <i>locus</i> de pesquisa.....	32
<b>CAPÍTULO II - O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....</b>	<b>43</b>
2.1 O SUS e a formação de recursos humanos em saúde.....	43
2.2 Assistente social como profissional de saúde e os aspectos da formação profissional na graduação.....	49
2.3 Principais Demandas para o Assistente Social na Atenção Básica de Saúde do Disa Leste.....	58
<b>CAPÍTULO III - A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS PARAMETOS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....</b>	<b>66</b>
3.1 A Prática Profissional do Assistente Social e as Atribuições Profissionais dentro da Rotina de Saúde das UBS's do Disa Leste.....	67
3.2 A Prática Profissional do Assistente Social e sua Relação com os Usuários da Saúde do Disa Leste.....	77
3.3 Avanços e Desafios da Prática Profissional do Assistente Social na Equipe de Saúde da Atenção Básica.....	85
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>

## INTRODUÇÃO

O assistente social é um profissional que ocupa diversos espaços sócio-ocupacionais. O que requer da sua formação profissional um aspecto generalista, que dê conta de um conhecimento crítico e interventivo no campo das políticas públicas. O cotidiano profissional em cada espaço sócio-ocupacional vai possibilitando a construção de novos conhecimentos que dão respostas profissionais à realidade de seus sujeitos ou usuários, dentro de um contexto contraditório, visto a realidade social vigente de desigualdades e exploração social de corte neoliberal, que torna um espaço de resistência e desafios.

Reconhecendo esse espaço cotidiano como um campo de saberes, elegemos as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente na atenção básica, que é considerada a porta de entrada no serviço de saúde público.

A política de saúde apresenta um espaço propício para uma atuação multiprofissional, envolvendo diversas áreas do conhecimento, inclusive o serviço social. A profissão é inserida neste contexto desde o início da sua institucionalização no Brasil, a partir da década de 1930.

A profissão tem uma relação muito próxima com a política de saúde na sociedade brasileira em todos os momentos históricos, desde o aspecto curativo, até os novos modelos traçados pela reforma sanitária, na perspectiva da promoção da saúde e de seu reconhecimento como sujeitos de direitos e deveres, especialmente no campo da participação democrática.

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

Nesse sentido, o *locus* selecionado se refere a um dos cinco distritos de saúde, que, correspondem aos distritos norte, leste, oeste e sul e rural do município de Manaus.

E acreditamos que apoiada também nos Parâmetros de Atuação na área da Saúde da CFESS/CRESS (2010) dará o direcionamento da nossa análise das suas atribuições e competências nesta área.

É nesse sentido que a partir do reconhecimento legítimo do assistente social como profissional de saúde na equipe de saúde e dos desafios impostos à plenitude de um projeto de reforma sanitária e efetiva consolidação do SUS, que trazemos a seguinte questão: frente às expressões da questão social demandadas pela população ao Estado, quais atribuições e competências são solicitadas ao assistente social na atenção básica de saúde do distrito sanitário leste de Manaus?

Esta pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva do grupo de pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, GEPPSSAM vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq que busca analisar a saúde da população idosa de Manaus, envolvendo vários subtemas, da qual este faz parte.

Temos como objetivo geral analisar as atribuições e competências do assistente social no cuidado à saúde do usuário da atenção básica do Disa Leste de Manaus. Objetivos Específicos: a) detectar a visão dos assistentes sociais sobre a sua formação em saúde na graduação e/ou na educação permanente; b) verificar como os assistentes sociais utilizam as atribuições e competências da sua formação e dos parâmetros CEFESS/CRESS na sua prática profissional; d) refletir como os assistentes sociais realizam a sua prática profissional na equipe de saúde da atenção básica do Disa Leste de Manaus.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos tem seus procedimentos metodológicos embasados na Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde. E foi aprovada pelo Conselho de Ética da UFAM, CAAE: 63499816.4.0000.5020, disponível para consulta no sítio eletrônico da Plataforma Brasil.

Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso, de natureza qualitativa e abordagem crítica. Utilizamos da técnica análise documental e de entrevista para colher informações de dados secundários e primários, respectivamente; foi possível tanto na aplicação, como na análise dos dados, a perspectiva de valorização das falas dos sujeitos, suas concepções e percepções diante do objeto estudado. Os dados quantitativos (análise documental) foram utilizados para auxiliar no processo de análise do objeto, sendo a análise de conteúdo a técnica majoritária deste estudo.

A pesquisa contou com uma amostra de oito (08) sujeitos, sendo assistentes sociais das três UBS's do Disa Leste, estas atuando diretamente com a população

usuária dos serviços de saúde. A estas profissionais foram realizadas aplicação de entrevistas semi-estruturadas.

Para melhora delinear o estudo, dividimos em três capítulos, conforme situamos brevemente abaixo:

O Capítulo I - buscou apresentar alguns elementos da política de Saúde do SUS no seu processo de legalização e construção e como esses elementos foram organizados na realidade de Manaus, com ênfase a realidade da atenção básica e características do Disa Leste.

O Capítulo II – elencando o assistente social como um profissional reconhecido na equipe de saúde, aspectos do seu processo de formação na graduação no que diz respeito a formação generalista e em área específica de saúde e com isso a identificação pelos profissionais das principais demandas para o assistente social na atenção básica.

O Capítulo III – analisa mais especificamente de atribuições e competências do assistente social para a área da saúde a partir dos parâmetros do CFESS/CRESS, e como esta relação se dá com as instituições de saúde, usuários e equipes multiprofissionais.

E finalizamos com algumas considerações.

## **CAPÍTULO I**

### **A POLÍTICA DE SAÚDE E ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS NA REALIDADE DE MANAUS**

A saúde e a doença são condições que suscitam inquietações nos indivíduos, por ter uma relação intrínseca entre a vida e a morte, o que provocou dentro e fora do campo científico conceitos e concepções sobre as condições de viver e morrer em sociedade.

As práticas de saúde e a busca pela cura conduziram a sociedade a sistematizar uma série de conhecimentos a esse respeito, alguns se encontram dentro dos saberes de comunidades tradicionais, por meio dos recursos da natureza e espirituais, outros, em avanços tecnológicos e práticas profissionais institucionalizadas.

Com isso, estruturamos este capítulo discorrendo sobre a construção da saúde enquanto um processo social a partir das condições de vida determinadas em sociedade.

Em seguida, contextualizamos pontos que perpassam a trajetória organizacional do SUS e alguns reflexos na realidade manauara no cenário da atenção básica de saúde.

#### 1.1 A saúde como processo social

Dentre as várias concepções e conceituações do termo saúde e doença, faremos neste momento um breve regaste histórico, pontuando alguns dos principais modelos que vão sendo construído dentro do processo saúde-doença.

Da antiguidade aos dias atuais a saúde e doença são episódios próprios da condição humana. Nos tempos considerados primitivos, pela história, a cura das doenças passava por um processo mítico e religioso, tendo nas figuras de xamã e sacerdotes os “médicos” para os dias atuais, a autoridade para explicar doença e indicar tratamentos terapêuticos (IBANEZ e MARSIGLIA, 2000).

Ainda numa concepção naturalista, mas agora especulada por princípios filosóficos, a medicina hipocrática, tem em Hipócrates o seu fundador, onde a saúde era vista como um perfeito estado de equilíbrio entre os homens e os elementos da natureza (ar, fogo, terra e ar). Encontrando também nas culturas asiáticas a preservação dessa concepção, na crença de que as forças vitais operam de forma

harmoniosa para ter saúde, caso contrário há doença. No século XX esta concepção encontra respaldo científico com o advento da medicina experimental na fisiologia sistêmica de Claude Bernard, nas ideias de meio interior e princípio da autorregulação (ALMEIDA FILHO, 2011).

Na Idade Média a influência da religião na forma de adoecer estava relacionada ao pecado e a cura à fé; com as transformações sociais e destaca o Renascimento como corrente que promoveu novas investigações científicas, produções culturais e até grandes navegações ultramarinas entre século XV e XVI, grandes estudiosos passam a interferir no estudo do corpo como Galileu, D’Vinci e com grande destaque para a descoberta da microbiologia com Louis Pauster, derrubando a teoria dos miasmas. (SCLIAR, 2007; INANEZ&MARSIGLIA, 2000)

Foucault (1992) apresenta uma problematização que vai do campo da medicina científica moderna do século XVIII como medicina individual na medida que está ligada a uma economia capitalista, na relação de mercado do médico com o paciente, onde se ignoraria a dimensão global à medicina social “que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social; que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente (p.91)”.

Para isso, este autor nos situa em três contextos, que nos possibilitarão identificar esta problematização, a formação da medicina social em três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho.

A medicina de Estado se desenvolveu na Alemanha no início do século XVIII, antes mesmo da medicina científica, sua intenção não é a formação de uma força de trabalho adaptada às indústrias, estava direcionada ao indivíduo se constituindo globalmente.

Assim, segundo Foucault, em 1764 foi criada a polícia médica, caracterizava-se por um sistema de morbidade que adquiria dados em diferentes cidades e de diferentes fenômenos epidêmicos, que iam além de simples quadros de nascimento e morte; normalização do ensino médico e o controle do Estado nos programas de ensino e atribuição dos diplomas; organização administrativa que controlava as atividades dos médicos; o médico como administrador de saúde, funcionários médicos nomeados pelo governo.

Situa que o desenvolvimento da medicina social está situado no cenário francês, e assinalada pelo fenômeno da urbanização que consiste em três grandes

finalidades: analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo o que poderia provocar risco de doença, como os cemitérios; controle de circulação do ar e da água, como evitar a contaminação desses elementos; organização das distribuições de sequência, relacionados a fontes, esgotos, barcos bombeadores, com isso em 1742 foi elaborado o primeiro plano hidrovial de Paris.

Essas práticas de medicalização da cidade no século XVIII conforme esse autor, trouxe elementos importantes para a constituição da medicina científica, a iniciar pela socialização da medicina e contato com ciências extra médica, como a química. Assinala uma medicina além dos corpos e organismos, mas uma medicina das coisas, do ar, condições de vida e meios de existência, assim como a noção de salubridade e a ela vai aparecendo a noção de saúde pública, essa experiência de medicina urbana foi dando bases para a medicina científica do século XIX.

A terceira característica da medicina social segundo o autor encontra-se no exemplo inglês, traz a figura do pobre e do proletário como um perigo para o espaço urbano. A medicina que se apresenta no século XIX na Inglaterra é de essencial controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, com o intuito de torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes dominantes.

Três elementos importantes se construíram no sistema inglês, a medicina assistencial para os pobres, iniciado na Lei dos Pobres (1601) “controle médico do pobre” a medicina administrativa para os aspectos gerais como vacinação e epidemias e a medicina privada para quem tinha como pagar (*IDEM*).

Outro recorte importante no contexto da Revolução Industrial, onde houve o interesse público com a questão da saúde. A partir disso, no século XX se intensificam distintos modelos de saúde e de corpo para o campo da Saúde Pública, estruturou-se um planejamento inicial de prevenir doenças e mais tarde também a promoção da saúde (*IBIDEM*).

Chammé (2000) aponta que um referencial metodológico interdisciplinar compondo as ciências da saúde e ciências sociais, oportunizou uma compreensão do processo saúde/doença. O termo saúde passa por um processo de rediscussão avançando na concepção apenas de ausência de doenças.

E explicita:

O nível de qualidade de vida a que o sujeito está submetido, as condições ambientais em que vive, e - conseqüentemente, a inserção do seu corpo-, as algumas das características determinantes do *estado de saúde* em que

ele se encontra. Nesse sentido o corpo passa a ser indagado em sua dimensão biopsicossocial, e, seu portador, a ser visto como uma totalidade dinâmica e integrada na complexidade social que o cerca. Então, a compreensão do *estado de saúde* ultrapassa, necessariamente, as condições imediatas oferecidas pelos dados subjetivos das doenças (sintomas) ou até mesmo os denominados objetivos (sinais), reveladores da mera presença ou ausência de doenças (p. 272)

Para este autor mesmo com todos os avanços tecnológicos das ciências biológicas e medicas, nos recursos tecnológicos, cirúrgicos, terapêuticos entre outros, os desafios e controvérsias surgidos permanecem sem resposta. Aponta que “o corpo, por sua vez, reduz-se em depositário falível de males, fruto tanto do insucesso da força do coletivo, quanto do poder individual” (*IDEM*, p. 274).

O autor faz esta afirmação no contexto da contradição no campo da generalização das informações, em especial aos hábitos de saúde, que estas não tem ocorrido de forma formativa ou educativa, mas simplesmente ao plano informativo.

Diante da polêmica no final da década de 1960, se o caráter da saúde seria social ou biológico e o questionamento sobre o paradigma dominante, o biomédico Laurell (1982) propõe a demonstrar que a doença, efetivamente tem caráter histórico e social. Para discutir esta questão apresenta três problemáticas.

A primeira envolve o conceito de saúde: sendo necessário comprovar o caráter social da saúde e da doença, assim manifesta que:

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que provavelmente a “história natural” da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem (p. 03).

O objeto de estudo sendo necessário que permita um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social, o primeiro elemento é reconhecer que caráter social do processo saúde-doença que está empiricamente mais manifestado na coletividade do que no indivíduo.

A escolha do grupo deve levar em conta as suas características sociais, é necessário observar a relação que se estabelece no processo saúde-doença do

grupo e do processo saúde-doença do indivíduo, explicitando a relação biológica e social deste processo e assim chegando ao problema da determinação (LAURELL, 1982).

Aponta o modo de conceituar a causalidade ou determinação na articulação com outros processos sociais; o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde- doença é dada por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuro-muscular, metabólica, entre outros (IDEM).

Os modelos que foram construídos numa perspectiva de ver a saúde como mera ausência de doenças, sempre deixaram limitações visíveis, assim que novas concepções vão se construindo no cenário social, como alternativas a um modelo curativo e centralizado na doença.

Carvalho e Buss (2008) referem que nesse aspecto um movimento internacional se coloca político e metodologicamente, o movimento de Promoção da Saúde, ou seja, a Carta de Ottawa, resultado da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em 1986 no Canadá, estabelecendo cinco campos de ação: a) elaboração e implementação de políticas públicas; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação do sistema de saúde.

Ressaltam que na América Latina desde a década de 1970 os movimentos de promoção da saúde se deparam com uma realidade de pobreza e desigualdade, assim esse processo teve um movimento além de práticas educativas voltadas para mudanças comportamentais como nos países do primeiro mundo. Na América Latina priorizaram-se os processos comunitários voltados para as mudanças sociais, que ganha força com o movimento de Reforma Sanitária, movimento fundamental para a construção legal da política de saúde como direito universal e dever do estado, presente no SUS (IDEM).

A partir dessa reorganização do sistema público de saúde brasileiro, Cohn (2010, p.22) aponta que:

Se a concepção de saúde que se vai forjando no interior do movimento sanitário extrapola definitivamente os limites do saber e da prática médica, trazendo para o interior mesmo do entendimento da produção social da saúde e da doença, os processos sociais, isso não logrou até o momento mudanças significativas no próprio setor. Mais que isso, está ainda por se

construir um novo modelo de atenção à saúde superando os pólos saúde pública/assistência médica individual (ou prevenção/cura), programas de saúde/modelos integrados de atenção à saúde, universalidade/produzitividade, rural/urbano, etc., buscando a nova qualidade de atendimento que deve acompanhar e atualizar esse novo conceito e saúde.

Cabe-nos também a reflexão sobre os determinantes sociais, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2005, que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Carvalho e Buss (2008) explicitam que o perfil epidemiológico na sociedade brasileira se configura na transição epidemiológica das doenças infecciosas e parasitárias que foram diminuindo no índice de morbidade e mortalidade enquanto as doenças crônicas degenerativas foram ganhando destaque, vale destacar que as regiões brasileiras vão se destacando conforme as peculiaridades de cada espaço geográfico.

Schramm *et al* (2004) apontam que em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias respondiam por 45% das mortes no Brasil. Em 2009, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis por 48% dos óbitos na população brasileira.

Situam que estatísticas de 1998 já demonstravam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT eram responsáveis por 66% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, contrastando com 24% de doenças infecciosas, maternas, perinatais e deficiências nutricionais e 10% de causas externas. Entre as doenças crônicas, tiveram destaque os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças do aparelho circulatório (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%) (IDEM).

Os autores explicitam que os fatores de risco dos quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) são o tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade, dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal e a ingestão insuficiente de frutas e verduras.

E apontam que a redução dos índices de incidência e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis está associada ao desenvolvimento de hábitos e de um estilo de vida saudáveis.

Segundo os autores as regiões mais pobres do Brasil, Norte e Nordeste, apresentaram menor declínio na mortalidade por DCNT de 1996 para 2007, permanecendo com as maiores taxas do Brasil e, além disso, verificou-se aumento na mortalidade por diabetes e outras doenças crônicas nessas regiões.

## 1.2 A Descentralização do SUS em Manaus

O processo de descentralização política administrativa no SUS decorre da Carta Magna de 1988, quando foi criado o tripé da seguridade social, em seguida a promulgação da Leis 8.090 e 8.142 ambas de 1990, nesse processo um novo pacto federativo estabelece princípios e diretrizes para a saúde pública como: universalização, igualdade, hierarquização e a descentralização, de acordo com o Artigo 7, no parágrafo IX – específica a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nas alíneas menciona ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Nesse inciso a municipalização inicia seu processo nos serviços de saúde, pelos quais os municípios devem assumir e conduzir determinadas ações de saúde, como:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:

- I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III - Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - Executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador;
- V - Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

- X - Observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Com isso a década de 1990 inicia um processo legislativo que coloca a saúde na agenda pública, como uma política pública. Dessa forma, vai ocorrendo o processo de descentralização e a necessidade de organização dos serviços de saúde. Tendo nas Normas Operacionais Básicas da Saúde NOB's, NOAS, PEC 29 e Pacto Pela Saúde, a construção da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde dentro das municipalidades, assim como estados, Distrito Federal e União.

Nesse intuito de organização dos serviços de saúde, a década de 1990 é marcada por estas normativas que contribuem no processo de implementação do SUS em todo o território brasileiro.

A NOB/91 buscou instituir o processo de gestão descentralizada, mas sofreu críticas na condução da transferência de recursos aos estados e municípios, pois, estava na ótica de compra de serviços privados, conforme o modelo anterior do INAMPS, também não havia nas tabelas nacionais remuneração para ações de promoção e prevenção o que ia na contramão da nova legislação de saúde (CARVALHO, MARTINS E CORDONI JR, 2001).

Diante disso, foi gerado um cenário de insatisfações nas lideranças da reforma sanitária e, em 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde que teve como tema a "Municipalização da Saúde, condição indispensável para efetiva implantação do SUS, resultando na elaboração do documento "Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" o que colaborou para a aprovação da NOB/93.

Para isso foram constituídas comissões colegiadas para a habilitação dos municípios, como a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Conselho Nacional de CONASS (secretarias estaduais), CONASEMS (secretários dos municípios); Comissão Intergestores Bipartite – CIB (pelos representantes de saúde dos estados e municípios) (*IDEM*).

Buscando superar ainda os limites da descentralização, gestão e financiamento se propõe uma nova norma operacional a NOB/96. São estabelecidos

o Piso de Atenção Básica (PAB), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), essa norma se estendeu até o ano de 2002, quando foi publicada a Norma Assistencial 01/2002 (NOAS). No Amazonas, especificamente em Manaus a NOB/96 foi que orientou a sua habilitação (BARBOSA, 2004).

A NOB/96 não tinha conseguido superar questões burocráticas junto ao municípios e estados, então é lançada a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 2001 e 2002, com a proposta de três estratégias: regionalização e garantia da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e revisão de critérios de habilitação dos estados e municípios. “Além de definirem conteúdos para a atenção básica e redefinirem procedimentos de média e alta complexidade, propõem a criação de protocolos para a assistência médica” (VIANA *et al*, 2002).

No cenário do estado do Amazonas a Secretaria Estadual de Saúde assume os procedimentos referentes ao processo da Regionalização e Descentralização dos serviços de saúde acompanhando tanto a capital, Manaus, como os municípios do interior do Estado. Essa trajetória do SUS no estado do Amazonas é possível acompanhar nos Relatórios de Gestão da SUSAM, que serviram de fonte para identificarmos os desafios e avanços.

No ano de 2003 é instituído o Plano Diretor de Regionalização – PDR Estabelece 19 (dezenove) microregiões, e respectivos municípios pólos e módulos assistenciais, redes hierarquizadas de serviços, mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as suas necessidades, assim configuradas (AMAZONAS, 2004).

No ano seguinte são relatadas as limitações no processo de descentralização do SUS no Amazonas:

Concernente ao relacionamento entre as esferas de gestão do SUS nota-se que “ os conflitos dos gestores municipais entre si e com o gestor estadual, muitas vezes limitados à discussão sobre a Sistema Único de Saúde Secretaria de Estado da Saúde Do Amazonas – SUSAM, refletem, entre outros pontos, a imprecisão na definição do papel do gestor estadual (LEVCOVITZ ET AL., 2001)” e ainda demonstra a necessidade de implementar a regionalização do sistema de saúde local. Os problemas identificados no texto fazem parte da realidade do Estado do Amazonas, agravados pelas peculiaridades locais que incluem aspectos sócio-culturais, geográficos e demográficos (...) (AMAZONAS, 2005).

Neste contexto, Barbosa (2004) aponta que em 1998, já havia iniciado o processo de descentralização da saúde, no Amazonas, dos 62 municípios, 55% estavam habilitados, sendo que destes, apenas um encontrava-se na Gestão Plena do Sistema. Mesmo que um número próximo a totalidade, até 2002, somente 7 (11%), estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

De 1998 até outubro de 2003, não ocorreu municipalização de quaisquer unidades básicas de saúde estaduais localizadas em Manaus, apesar de várias iniciativas tomadas por ambas as secretarias, algumas delas com a intervenção dos Conselhos de Saúde e do Ministério Público. Entraves de ordem política e mesmo técnica entre as esferas de governo estadual e municipal, incluindo equívocos nas concepções políticas e gerenciais dos governantes e dos gestores quanto a seus novos papéis e responsabilidades, concorreram para isso. De fato, a SES, mesmo após a habilitação de Manaus, continua ampliando a sua rede básica própria (BARBOSA, 2004, p.77).

Com isso, a organização da assistência em saúde é dimensionada no Plano de Reordenamento da Rede de Atenção Básica Municipal, iniciado no ano de 2004, mas postergado para o ano de 2005, apresentou diversas inferências na transferência das unidades para a gestão municipal de acordo com os registros do Relatório de Gestão da SUSAM no de 2004:

- Não houve conclusão do inventário do mobiliário e equipamentos existentes de algumas unidades, impossibilitando a assinatura do Termo de Cessão de Uso, do imóvel;
- Não obstante ser considerado um avanço a transferência das unidades básicas do estado ao município de Manaus, após um longo prazo de intervalo da habilitação de Manaus na Gestão (1998) até 2003/2004, observa-se que o processo de municipalização na capital ainda precisa consolidar-se, principalmente nos seguintes aspectos Organização do Sistema de Saúde: há necessidade de hierarquização da rede assistencial, com definição clara de quem realiza atendimento primário, secundário e terciário, considerando que a distribuição dos serviços muitas vezes não leva em conta o perfil da unidade, a necessidade da populacional e o custo dos mesmos, causando com isso paralelismo de algumas ações em detrimento da necessidade de outros serviços essenciais à integralidade do atendimento ao usuário do sistema.
- Melhoria do Acesso, visando propiciar e facilitar o acesso dos pacientes oriundos da atenção básica aos serviços especializados, através do cumprimento de protocolos específicos e sistema de regulação que garanta o atendimento nos níveis de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, racionalizando assim o uso dos serviços.

Nos relatórios referentes aos de 2004 e 2005 se destaca os fatores que implicam na organização e efetividade da média e alta complexidade, tanto na capital como no interior do Estado:

Mesmo com a definição do desenho da regionalização, e com os esforços de investimentos tanto por parte do estado quanto dos municípios, pouco se conseguiu implementar em relação às ações capazes de permitir aos municípios pólos os atendimentos de média complexidade com suficiência para a população própria, sem falar da referenciada (AMAZONAS, 2015).

O ano de 2006 é marcado pela promulgação do Pacto Pela Saúde, promovendo parâmetros de encontro à regionalização dos serviços, possibilitando o aprimoramento da descentralização já em andamento. Nele há um condensado de acordos entre os gestores do SUS, em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Em maio de 2006 o CONASS lançou a nota técnica 06/2006:

Era compreensão dos Gestores Estaduais que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, Atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT, e o fortalecimento do controle social. Dentre as prioridades discutidas e consideradas prioritárias para os secretários, citamos: compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos Estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

Consta no relatório, a mobilização para a qualificação dos gestores da capital e municípios referente as normativas do Pacto pela Saúde, neste sentido foi realizado o “Seminário Pacto pela Saúde no Amazonas” com a Participação de Gestores Municipais: 45 municípios representando 61% do total de municípios amazonenses. No mesmo relatório consta os principais obstáculos na execução do mesmo:

- Inexistência de sistema de regulação, gerando demanda desorganizada para serviços na capital, sem garantia de acesso;
- Inexistência e/ou insuficiência de profissionais de saúde, principalmente médicos para atendimento especializado de maior complexidade em municípios do interior do estado

- Grandes distâncias e/ou barreiras geográficas entre os municípios até mesmo dentro uma mesma microrregião, levando alguns municípios com divisas próximas a outros estados a fazerem encaminhamentos a municípios fora do estado.
- Necessidade de maior resolutividade na atenção básica, diminuindo assim os atendimentos em nível de maior complexidade.

A partir do Pacto pela Saúde, é visualizado nos relatórios de gestão até o ano de 2015 a presença de metas e planejamento no processo da municipalização dos serviços de saúde e das competências do estado, com destaque para média e alta complexidade. Nesse cenário são inseridas novas unidades de tratamento e inicia os processos de transferência.

Contudo, dá - se em cenário político de divergências entre a gestão municipal e estadual, que se repercutem até a atualidade. Em 2015 dos estabelecimentos públicos 1.323 estão sob gestão municipal 193, estadual 1.049 e dupla gestão 81 estabelecimentos (AMAZONAS, 2016).

Mais recente, no ano de 2016 houve uma mobilização por parte da Secretaria Estadual de Saúde para o reordenamento dos serviços de saúde que seriam da responsabilidade municipal, causando um clima de instabilidade na cidade de Manaus, ocorreram diversas manifestação e audiência pública diante do impasse da gestão dos serviços.

No ano corrente (2017) encontra-se a ação judicial emitida pelo Ministério Público Federal no Amazonas (MPF/AM) e os Ministérios Públicos do Estado do Amazonas (MP/AM) e de Contas do Amazonas (MPC-AM) que ingressaram na Justiça Federal com uma ação civil pública para que a União, o Estado do Amazonas e o Município de Manaus repactuem a organização de suas redes de atendimento à saúde. Os tipos de unidades nesta situação referem-se aos CAIMS, CAICS e Policlínicas.

Trata-se de Ação Civil Pública que visa a garantir a observância das diretrizes de descentralização e integralidade de assistência dos serviços de saúde no Sistema Único e, com isso, a compelir o estado do Amazonas e o município de Manaus a repactuem a organização de suas redes de atendimento na municipalidade, de modo que Manaus assuma a execução dos serviços da atenção primária à saúde (APS), expandindo sua rede de atendimento à população (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o processo de municipalização dos serviços de atenção primária na cidade de Manaus, na sua integralidade ainda estão permeados por impasses políticos e administrativos. O que historicamente vem se repetindo.

### 1.3 A SEMSA e a distritação de saúde: o DISA leste de Manaus e algumas Ubs's como *locus* de pesquisa

A criação da atual Secretaria de Saúde em Manaus, a SEMSA, decorre da década de 1970. Pela qual a Secretaria de Desenvolvimento SEDECO passaria a responsabilidade da saúde, visando campo preventivo e de vigilância epidemiológica. Em 1975 foi feita uma nova adequação, por meio da Lei Municipal 1.240 de 20 de novembro de 1975 foi criada a SEMSA. E a partir disso se inicia um processo de organização institucional e política que foi exigindo readequações:

Havia, na estrutura de criação, a Divisão de Saúde Pública com atividades específicas, inclusive de fiscalização sanitária e a Direção de Socorro de Urgência, em nível de prestação de serviços. Dada a amplitude de ações da Semsas, tornava-se praticamente restrito o campo de suas atividades, e, uma vez reconhecida esta dificuldade, foi estabelecida pelo Decreto nº 1686 de 17 de dezembro de 1979, uma nova estrutura organizacional, que permitia maior flexibilidade à Semsas no âmbito de suas ações. Compunham o segundo nível – o de prestação de serviços – três divisões distintas: de Saúde Pública; de Vigilância Sanitária, que absorveu a fiscalização sanitária; e a Divisão Médico Hospitalar, extinguindo a de Socorro de Urgência, assegurando, desta forma, continuidade no desenvolvimento das atividades de coordenação, execução, acompanhamento, controle e avaliação (SEMSA, 2017).

E objetivou:

É **Missão** institucional da Secretaria Municipal de Saúde (Semsas): “Gerir o sistema municipal de saúde, observando os princípios e diretrizes do SUS, desenvolvendo, com qualidade e efetividade, ações de vigilância e atenção à saúde da população no município de Manaus”.

É **Visão** da Secretaria Municipal de Saúde (Semsas): “Tornar-se instituição de excelência na vigilância e atenção à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população, até o ano de 2023”.

São **Valores** da Secretaria Municipal de Saúde: Ética, Compromisso, Inovação, Transparência e Humanização.

Para atender a demanda de saúde a SEMSA através do Decreto Nº 2103, de 15 de janeiro de 2013 altera o seu Regimento Interno referente ao Decreto nº 1711, de 18 de junho de 2011 e, dispõe sobre sua estrutura organizacional. De modo que apresentamos essa estrutura via organograma resumido da SEMSA, destacando os

órgãos, subsecretarias e a localização do serviço de atenção primária de saúde, os distritos de saúde, órgão colegiado, com destaque para o conselho municipal de saúde; órgão de assistência e assessoramento; órgão de apoio à gestão, órgão de atividades finalísticas.

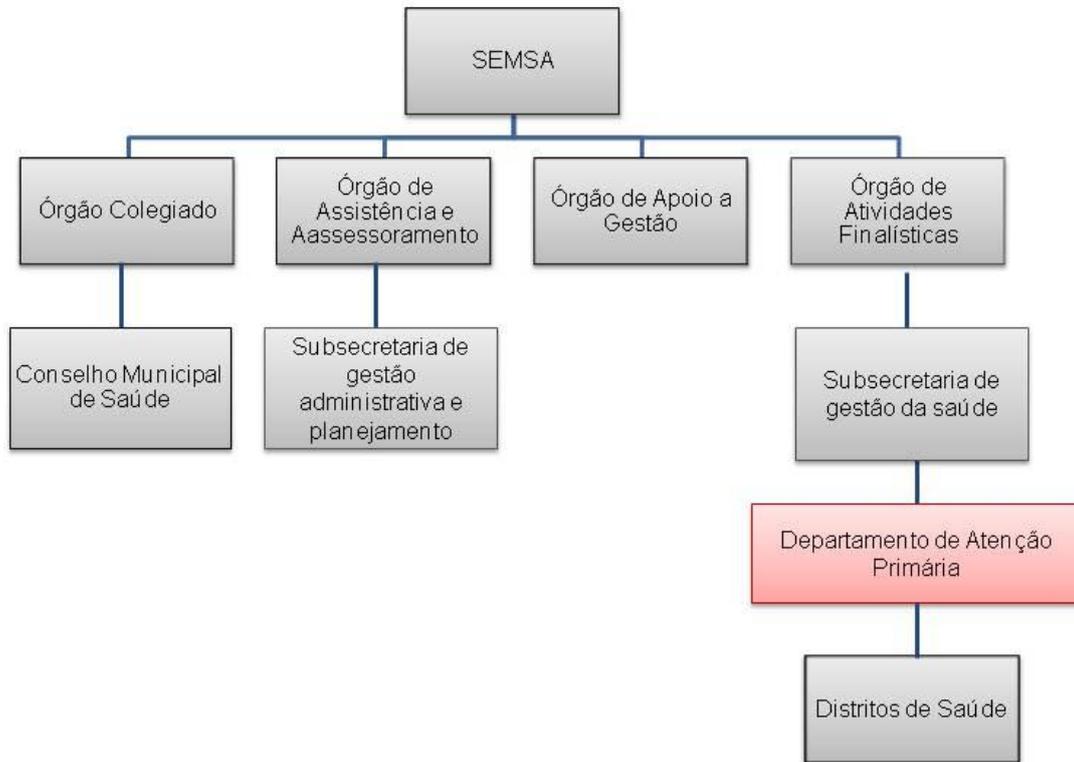


Figura 1 - Organograma resumido da SEMSA  
Fonte: SEMSA, 2017

Destaque para a Subsecretaria de Gestão da Saúde, da qual contém o nosso objeto de estudo, o Departamento de Atenção Primária que integram os seguintes programas:

Programas de Saúde da Atenção Básica Ofertados pela SEMSA/Manaus		
<b>Informações aos viajantes;</b>	Controle da Hipertensão e Diabetes	Saúde da Mulher
<b>Alimentação e Nutrição</b>	Controle da Tuberculose	Saúde do Homem
<b>Ações em Saúde à Pessoa com Deficiência</b>	Controle do Tabagismo	Saúde da Pessoa Idosa
<b>Atenção Psicossocial</b>	Controle da Hanseníase	Saúde do Trabalhador
<b>Combate à Raiva Humana</b>	Núcleo de prevenção à riscos à saúde por causas externas	Saúde da Criança e do Adolescente
<b>Controle das DSTs e Aids</b>	Saúde Bucal	Saúde dos Grupos Especiais

Quadro 1 - Programas de Saúde da Atenção Básica Ofertados pela SEMSA/Manaus  
Fonte: SEMSA (2016).

Em abril de 2013 tendo em vista o quadriênio 2014-2017 da Política Municipal de Saúde, foi realizada a elaboração de um Planejamento Estratégico que evidenciou os principais problemas de saúde da população de Manaus, destacando: a morbimortalidade materno infantil, a morbimortalidade por câncer de colo do útero e mama, a morbimortalidade por causas externas, a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e a morbimortalidade por doenças endêmicas (MANAUS, 2014).

Esse mapa identifica doenças que cotidianamente estão na rotina dos serviços de saúde das unidades básicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, que tem seu acompanhamento nos Programas de Hipertensão. Contudo, além de uma equipe multiprofissional que oriente e acompanhe estes usuários, se faz presente ter em vista os determinantes de saúde.

No quadro referente à mortalidade (risco de morte de uma população) em Manaus, estão como primeira causa, as neoplasias (tumores); segunda, causas externas de morbidade e mortalidade; terceira as doenças do aparelho circulatório; quarta causa mal definida; quinta doenças do aparelho respiratório. Uma parte dessas doenças evoluem para doenças crônicas e isso implica, segundo Barata (2008, p. 184):

Ao serem de longa duração, representam grande parte da demanda por serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Os dispêndios da população com medicamentos de uso contínuo para o controle dessas enfermidades constituem parcela relevante dos gastos familiares em todas as faixas de renda. Elas também estão entre as principais causas de internação hospitalar.

Diante disso, destaque para as doenças do aparelho circulatório como a terceira maior prevalência na mortalidade, se intensificando a partir dos 40 anos, neste grupo estão presente a hipertensão, considerada como um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, sendo intensificadas a partir dos 60 anos e em alguns casos também a partir dos 70 e 80 anos. Sendo estes quadros epidemiológicos previstos na forma de prevenção, promoção e recuperação previsto nos serviços básicos de saúde.

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada	Total
Neoplasias [tumores]	0	17	12	10	16	46	106	233	319	389	354	74	2	1.578
Doenças do aparelho circulatório	5	0	2	1	3	18	50	110	267	310	437	476	2	1.681
Doenças do aparelho respiratório	38	17	3	3	5	26	35	49	78	123	211	286	2	876
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	19	6	3	9	19	31	50	106	135	169	233	387	9	1.176
Causas externas de morbidade e de mortalidade	7	19	9	21	248	624	346	188	107	69	33	19	29	1.719

Quadro 2 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência – Manaus (2016)  
 Fonte: DATASUS/TABNET/SIM/Relatório de Gestão 2015/SEMSA (2016).

Dentre as causas de morbidade (o quanto adoecem) as cinco que mais se destacam são causas do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, lesões, envenenamentos e causas externas (MANAUS, 2015).

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Causas do Aparelho Digestivo	309	834	709	657	517	1.511	1.979	1.635	1.579	1.161	623	237	11.751
Doenças do aparelho respiratório	2859	2944	859	341	162	303	248	283	377	496	576	581	1029
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	938	1206	524	296	163	706	881	660	588	472	407	315	7156
Doenças do aparelho circulatório	33	67	41	41	73	164	414	818	1.501	1.812	1.426	652	7.042
Lesões, envenenamentos e consequências de causas externa	56	189	301	294	496	1.516	1.315	953	676	495	357	246	6894

Quadro 3 - Morbidade por grupos de causas, faixa etária e por residência – Manaus (2016)  
 Fonte: DATASUS/TABNET/SIM/Relatório de Gestão 2015/SEMSA (2016)

Uma problematização é recorrente quando se trata de uma evolução linear de problemas de saúde considerados arcaicos versus modernos, substituídos por doenças infecciosas versus doenças crônicas, no caso brasileiro a situação não é tão simples e todos os tipos de problemas de saúde coexistem na sociedade como

um todo. Assim, visualizamos que as doenças infecciosas e parasitárias são a terceira maior causa internação de morbidade na cidade Manaus.

Como sistema de organização para atender perfis de saúde como os assinalados nos quadros de mortalidade e morbidade, a criação de distritos deve atender a realidade território de saúde e seus determinantes sociais. Nesta perspectiva são criados os Distritos de Saúde que são estratégias importantes na descentralização municipal dos serviços de saúde em Manaus.

A cidade está dividida em cinco Distritos de Saúde, DISA, que correspondem às áreas geográficas do município, sendo eles Disa Norte, Disa Leste, Disa Oeste, Disa Sul e Disa Rural, que são criados pela Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001, com mesma ordem dos Distritos Educacionais:

§ 1º - Para os efeitos desta Lei, os Distritos Educacionais compreenderão as seguintes Regiões Administrativas: I – Distrito Educacional Norte: Norte; II - Distrito Educacional Leste: Leste; III - Distrito Educacional Sul: Sul e Centro-Sul; IV - Distrito Educacional Oeste: Oeste e Centro-Oeste.

Art. 10 – Para efeito de planejamento, desconcentração urbana e agilidade administrativa, ficam criados, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, quatro Distritos de Saúde, com o objetivo de descentralizar as ações de saúde, administrativas e financeiras da Rede Municipal de Saúde, proporcionando um melhor atendimento às unidades de saúde, bem como a comunidade em geral.

A distritação da saúde no Brasil e, especificamente em Manaus não obedece à lógica de subprefeitura de descentralização político-administrativa de modo que seu (não) funcionamento é previsto e, ao mesmo tempo não atende a demanda da população. Para Almeida, Castro e Vieira (1998), o Modelo assistencial em saúde: pode ser compreendido através da produção e distribuição de bens e serviços de saúde que envolvem uma dada área, tempo e uma dada população.

Dois aspectos fundamentais nesse processo são as práticas sanitárias e o trabalho profissional. Nessa organização territorial se considera que sempre existiram problemas e agravos de saúde de todas as ordens, determinadas por sua densidade populacional e as características epidemiológicas da área.

O *locus* da nossa pesquisa o Disa Leste, fica localizado na Zona Leste de Manaus, é a zona mais populosa da cidade, da qual são demarcados os bairros: Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroado, Distrito II, Jorge Teixeira, Mauzinho, Puraquequara, São José, Tancredo Neves, Gilberto Mestrinho e Zumbi dos Palmares, que engloba uma densidade demográfica de mais de 500 mil pessoas e área territorial conforme os mapas a seguir:

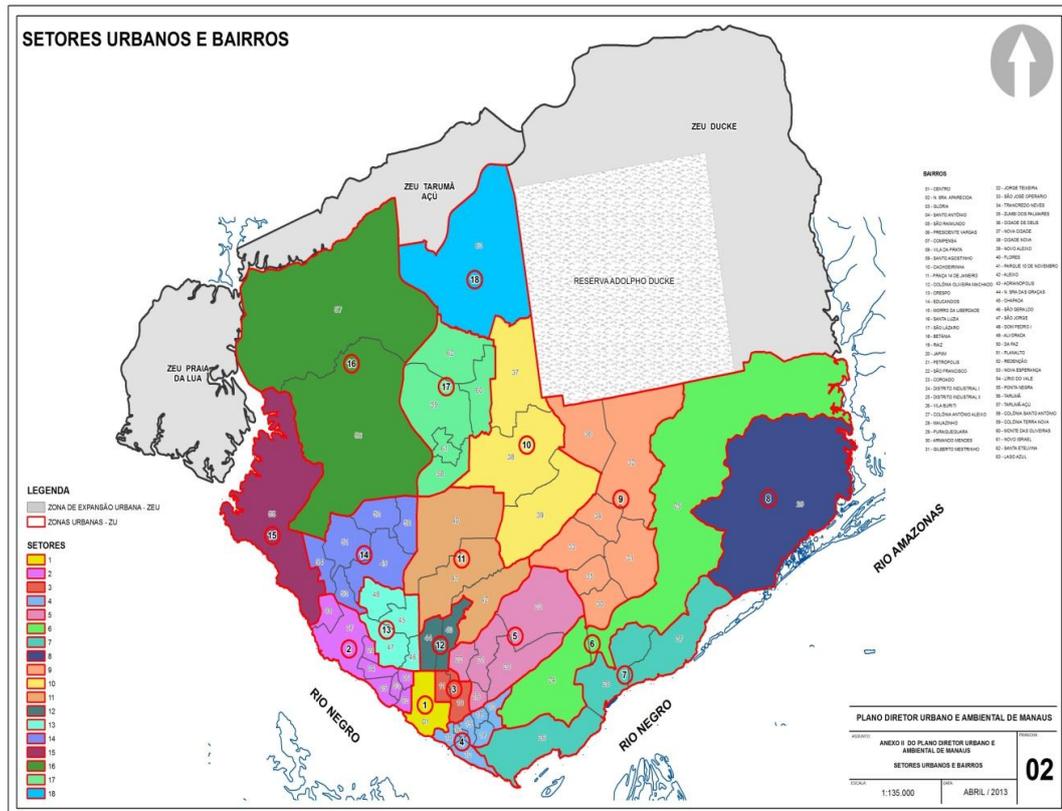


Figura 2 - Mapa dos bairros da cidade de Manaus  
Fonte: IMPLURB (2013).

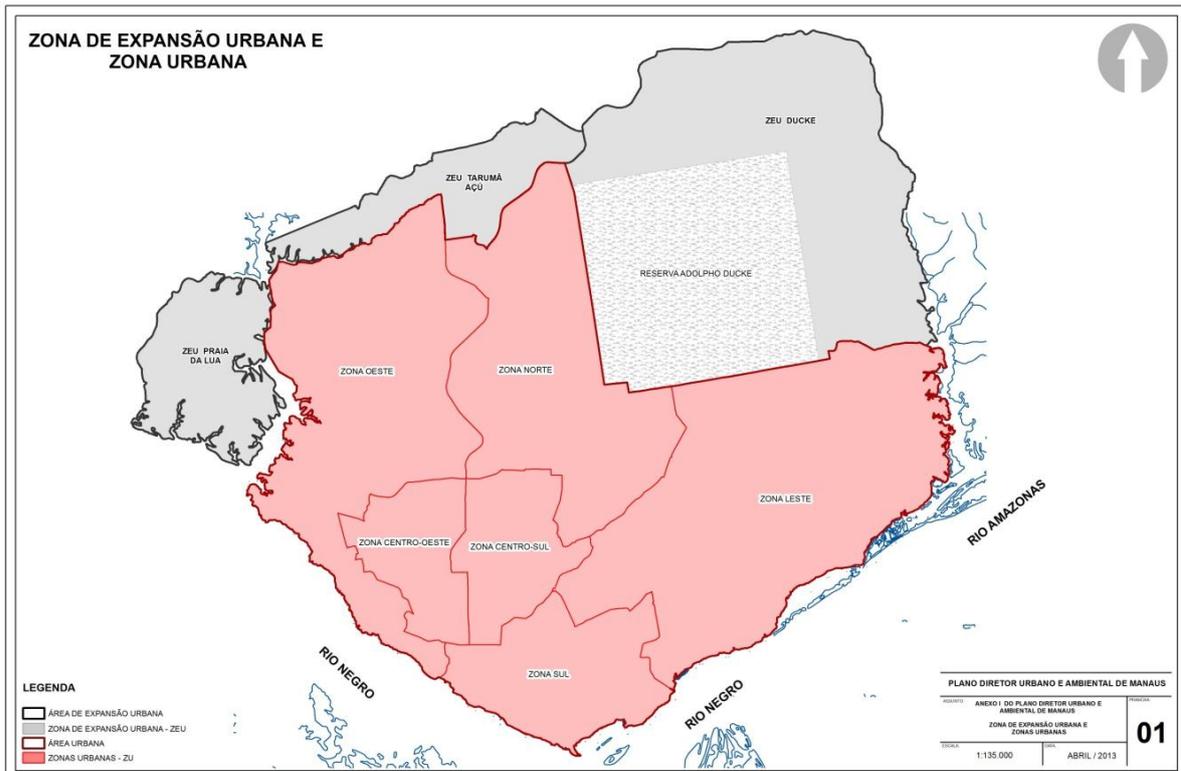


Figura 3 - Mapa da Zona de Expansão Urbana e Zona Urbana da Cidade de Manaus  
Fonte: IMPLURB (2013).

Os bairros da zona leste têm suas histórias marcados pelo processo da Zona Franca de Manaus, implementada na década de 1970 que atraiu fluxo intenso de pessoas para o mercado de trabalho, sem, no entanto, muitos serem incluídos no mesmo (BENTES, 2014, p. 46) afirma:

A partir da década de 70, Manaus passou a destacar-se, por seu intenso processo de urbanização, visível no acelerado crescimento populacional. No Censo de 1970, o número de habitantes da capital era de 314.197 pessoas, correspondendo a 1/3 do total estadual, ou mais precisamente 32,7%.

Ao mesmo tempo, a cidade não estava preparada para um aumento populacional em massa, o que resultou na falta de acesso ou qualidade de serviços básicos à população, entre outros fatores (SOUZA, 2009).

Selecionamos esse distrito por ser uma das áreas mais populosas e pela realidade socioeconômica, que conforme Fiocruz (2002, p. 29) “as primeiras Casas de Saúde foram construídas na zona Leste, considerada como a região de piores indicadores sociais, com população de baixa renda, crescimento desordenado e intenso e carente de serviços de saúde”.

E também porque nossa orientadora e líder do Grupo de Pesquisa GEPPSSAM tem pesquisado essa área desde os anos 1990 e, no momento engloba mais uma discente nessa área.

Dessa forma foi lançado em 1998 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1999 e o Programa Médico da Família (PMF), na zona leste, além de ser parte do processo de municipalização da saúde, inicia a trajetória dos serviços de atenção básica na cidade de Manaus.

A seguir apresentamos todos os serviços de saúde do DISA Leste:

<b>Estabelecimentos e serviços municipais no Disa Leste</b>	<b>Unidades</b>
Policlínicas	02
Unidades Básicas de Saúde – UBS	18
Estratégia Saúde da Família	35
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	01
Laboratório	01
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	01
Total	58

Quadro 4 – Distribuição por zona dos Disas existentes em Manaus  
Fonte: SEMSA (2016).

De um total de 1.331.224 procedimentos e serviços na nossa análise realizada nas unidades básicas no período de janeiro a agosto de 2015, destacamos:

<b>Procedimento/realizado</b>	<b>Total</b>
Ação Coletiva de Aplicação tópica de flúor gel	18.760
Ação Coletiva de escovação dental supervisionada	19.627
Administração de Medicamento em atenção básica por paciente	25.668
Aferição de pressão arterial	47.649
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	11.212
Atividade Educativa/Orientação em grupo na Atenção Básica	6.145
Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	9.471
Coleta de material para exame laboratorial	57.592
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica	62.897
Consulta médica em atenção básica	127.395
Consulta médica em atenção especializada	21252
Consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento	20.692
Consulta pré-natal	14.292
Contagem de plaquetas	53.242
Exames laboratoriais	493.332
Glicemia capilar	16954
Inalação/nebulização	9.494
Mamografias	4.515
Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial	14.618

Raspagem e alisamento e polimento supragengivais	24.212
Ultrassonografia	6.525
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	377

Quadro 5 - Principais procedimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde do DISA Leste no período de janeiro a agosto/2015

Fonte: SIA/SEMSA (2015).

Esses procedimentos são realizados pelas equipes multiprofissionais das unidades básicas da zona leste. É perceptível visualizar uma série de procedimentos da competência dos profissionais da medicina, odontologia, enfermagem que são os profissionais previstos para compor a equipe mínima da atenção básica, conforme a PNAB (2012).

Para Almeida, Castro e Vieira (1998) como não se é oferecida todas as tecnologias em cada bairro, se tem a regionalização que se configura em unidades políticas, administrativa e populacional, que vão se construindo em níveis de atenção hierarquizados de acordo com suas complexidades de saúde. Requerendo da oferta dos serviços de saúde uma ampla cobertura e acesso aos mesmos, assim como os serviços de continuidade e organização que sejam adequados ao tamanho, composição e agravos de saúde da população e que tenham aceitação da comunidade diante à oferta.

No âmbito das unidades básica o Programa de Trabalho é instrumento viabilizador para identificar e atender os problemas de saúde identificados pelo distrito do qual é possível indicar um perfil de saúde para a equipe multiprofissional. A PNAB (2012) nomeia alguns profissionais de saúde para compor obrigatoriamente o corpo de profissionais das UBS:

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (PNAB, 2012).

Os profissionais das áreas de ciências humanas e sociais aplicadas que são reconhecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 287 de 08 de outubro de 1998, mas não são citados, mas podem atuar nas unidades, contudo não é realidade para todos os municípios e acabam sendo restringidos a equipe mínima.

Para Barata (2008) as condições de saúde de determinada população decorrem de fatores relacionados ao modo como as pessoas vivem: conhecer as

necessidades de saúde da população é fundamental para o planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários, para a escolha das formas de organização mais apropriadas ao enfrentamento dos problemas e para a avaliação dos possíveis impactos das intervenções adotadas (p. 168).

Abaixo a relação das profissionais e respectivas unidades básicas da amostra:

Ordem	Unidade	Bairro	Nº de Assistentes Sociais na unidade	Nº
				Assistentes Sociais entrevistadas
1	NASF Enf. Ivone Lima dos Santos	Coroado III	2	1
2	UBS Gebes de Medeiros Filho	Jorge Teixeira III	2	1
3	UBS João Nogueira Da Mata	Zumbi	1	1
4	UBS Maria Leonor Brilhante	Tancredo Neves	2	1
5	UBS Mauazinho	Mauazinho	1	1
6	UBS Alfredo Campos	Zumbi II	3	1
7	NASF Enf. Josephina de Mello	Jorge Teixeira	2	1
8	UBS Dr. José Amazonas Palhano	São José II	3	1
<b>Total Parcial</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>8</b>
9	José Avelino Pereira	Jorge Teixeira	2	Exclusão da amostra
10	Lago Do Aleixo	Colônia Antônio Aleixo	2	Exclusão da amostra
11	Guilherme Alexandre	Colônia Antônio Aleixo	1	Exclusão da amostra
12	Nova Esperança	Colônia Antônio Aleixo	1	Exclusão da amostra
13	Geraldo Magela	Armando Mendes	1	Exclusão da amostra
14	Dr. Gilson Moreira	Zumbi	1	Exclusão da amostra
15	Dra. Luiza Do Carmo Ribeiro Fernandes	Distrito	2	Exclusão da amostra
16	NASF Dr. Silas De Oliveira Santos	São José Operário	1	Exclusão da amostra
<b>Total Parcial</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0</b>
<b>Total Geral</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>9</b>

Quadro 6 - Unidades de Saúde que compõem a Amostra da Pesquisa no Disa Leste de Saúde de Manaus

Fonte: Sistematização da Pesquisadora (2017).

**Crítérios de inclusão:** ter formação na UFAM; no início da pesquisa de campo optamos rigorosamente por este critério, contudo foi necessário reformulá-lo para garantir um número significativo de sujeitos na pesquisa. Sendo assim, estendemos para profissionais formados em outras Intuições de Ensino Superior, tanto públicas ou privadas. Os demais critérios permaneceram: está exercendo a função de assistente social há pelo menos um ano na atenção básica do Distrito de Saúde Leste e que não fosse profissional em desvio de função.

**Crítérios de exclusão:** Não atuar diretamente com os usuários dos serviços de saúde da atenção básica, neste critério encontramos profissionais que se

encontravam em licença maternidade, férias, licença para outros órgãos do serviço público e ainda os que não aceitaram participar da pesquisa. Constatou-se alguns casos de resistência para participar da pesquisa, diante destas condições atendessem a Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que garante ao sujeito da pesquisa a “garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem

As entrevistas com as assistentes sociais da saúde atuando na atenção básica do Disa Leste foram realizadas no horário de funcionamento das mesmas. A pesquisadora se dirigia até a unidade, identificava-se na Direção, apresentando o termo de Aceite da Pesquisa emitido pela Comissão de Ética e Pesquisa da Semsa que foi emitido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM; em seguida se dirigia ao profissional assistente social para convidar a participar da pesquisa, apresentando objetivos e metodologia através do TCLE.

O fato de estarem dentro da rotina de atendimento da unidade, em alguns momentos houve espera por mais de uma hora para contatar o profissional, ao conceder a entrevista, algumas entrevistas tiveram que ser pausadas para que os profissionais atendessem os usuários, não havendo os usuários para atendimento se reiniciava a entrevista.

Durante as entrevistas todas as profissionais encontravam-se realizando atendimento de demanda espontânea. As unidades todas foram identificadas pelos profissionais como zonas de vulnerabilidade e ocorrências frequente de violência urbana.

## CAPÍTULO II

### O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A política pública de saúde no decorrer da sua trajetória de construção enquanto uma política a serviço da vida favorece diversas profissões, a compreensão da saúde como um processo social e a busca pela superação de um serviço e de uma formação que permita ver a totalidade dentro de agentes biológicos se configura como uma luta política dentro de um paradigma de saberes fragmentados.

O serviço social como uma profissão de saúde é envolvido dentro da organização dos serviços de saúde e diante disso exige da sua formação generalista aspectos específicos e de totalidade que o habilitem com competências e habilidades para atuara na política pública de saúde.

Como uma profissão dentro desse espaço sócio-ocupacional, estabelece relações com a equipe de saúde, usuários e instituição. Cada uma aponta aspectos que interferem no seu fazer profissional.

É diante do seu processo formativo e das demandas que se apresentam no exercício profissional que estamos tecendo considerações sobre as articulações que o profissional estabelece a partir de uma relação teoria e prática.

#### 2.1 O SUS e a formação de recursos humanos em saúde

A formação dos profissionais da saúde é um tema de significativa relevância tanto no campo da educação como da saúde. Pensar uma ação formativa para atuar em seus determinantes sociais, requer avançar além das habilidades e competências técnicas em campos profissionais específicos.

Pereira e Ramos (2006) afirmam que a educação dos trabalhadores da saúde se estabelece em relações contraditórias e conflitantes e, a existência de um projeto hegemônico: onde os trabalhadores se adaptam ao existente dentro das relações de produção e reprodução do capitalismo e um projeto contra-hegemônico dentro da formação dos trabalhadores, visando entender historicamente essas relações e a sinalização de superação dessa sociedade.

A partir dessas implicações reconhecemos na história da saúde pública um movimento de luta por uma política pública que atendesse de forma universal, integral e igual à realidade social e as pessoas que dela fazem parte.

Campos, Aguiar e Belisário (2008), ao contextualizar a formação superior dos profissionais da saúde, nos convidam a resgatar as mudanças de paradigmas na ciência e como isso influenciou a formação em saúde. Saúde e ciência se aproximam no ensejo do positivismo, numa perspectiva que a ciência traria respostas objetivas para os problemas da humanidade, destaca para a época, as descobertas em torno da microbiologia e anestesia.

Estes autores também se referem a outro importante movimento que surgiu baseado no Relatório Flexner, documento que normatizou as bases do ensino médico no método científico, se estendendo a outras áreas da saúde, cujo método estava baseado numa concepção curativa, por isso com as conquistas provocadas por ele mesmo, especialmente no campo das doenças infecciosas (tuberculose, tifo, difteria, varíola, tétano, paralisia infantil) que atravessam uma transição epidemiológica como no caso das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, doenças cardiovasculares, neoplasias, a violência e acidentes de trânsito. “Não se trata mais de buscar a cura (*cure*), mas de desenvolver métodos que permitam o cuidado contínuo (*care*)” (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2008, p 1015).

No período da Primeira República Brasileira, anterior a 1930, as ações de saúde tinham forte participação da filantropia, como algumas entidades denominadas como Casas de Misericórdia. A assistência do Estado intervinha apenas nas situações endêmicas, através dos modelos de campanhas sanitárias, à épocas organizadas pelo médico Oswaldo Cruz, com objetivo de não prejudicar a exportação de mercadorias (CARVALHO *et al*, 2001).

Merece destaque a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's, através da Lei Elói Chaves de 24 de janeiro de 1923, destinadas às empresas de estrada de ferro, tendo como características benefícios de aposentadorias e pensões e assistência médica e farmacêutica a seus trabalhadores.

Dez anos depois, em 1933, segundo os autores acima, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que nesse momento atendiam as categorias de trabalhadores, marítimos, bancários, de transportes e cargas,

comerciários, categorias que implicavam diretamente no contexto da década de 30, na economia industrial.

Caminha para uma estrutura de assistência médica previdenciária, tendo como características uma prática médica curativa e individual, e ainda com grande incentivo para um complexo médico industrial privado (*IDEM*).

No período de 1930 a 1940 algumas intervenções do estado referentes a saúde pública que estava basicamente dividida em saúde pública e medicina previdenciária, o campo estatal tinha uma orientação a campanhas sanitárias e combate a endemias, no campo previdenciário a preocupação maior ficou no campo financeiro (BRAVO, 2009).

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2009, p. 92).

No período do regime militar, que se inicia a partir de 1964, a saúde perde espaço para o sistema previdenciário que consegue uma maior estruturação, avançando a cobertura aos trabalhadores rurais, domésticas e trabalhadores autônomos, sendo destaque a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974. Bravo (2008) assinala que no período de 1974 a 1979, visava-se uma ênfase no enfrentamento da questão social, a fim de inibir as reivindicações populares.

Assim a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009).

Na década de 1980, um novo cenário se configura para a trajetória da política de saúde no Brasil, fazendo parte do contexto da redemocratização do país: o Movimento de Reforma Sanitária, que irá somar para os avanços da saúde, contando com a mobilização dos profissionais e instituições de saúde e dos movimentos sociais (FLEURY, 2009).

O movimento sanitário foi um viés para a consolidação da Reforma Sanitária, envolvendo técnicos da saúde e os movimentos populares/sociais, configurou-se como um projeto político cultural. Em 1986 é formada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que passa a questionar o paradigma biomédico-hegemônico e a construir o paradigma sanitário.

Destaca-se assim, a medicina comunitária, com a inserção de noções de regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária e multiprofissionalidade, assim também um resgate a medicina comunitária, concebendo a saúde e a doença em um único processo.

A VIII Conferência Nacional de saúde trouxe para o debate o tema “Democracia e Saúde”, com intensa participação da sociedade civil, foi fruto também da organização de conferências municipais e estaduais. A repercussão do novo conceito de saúde é inserida no texto constitucional, assim inicia-se a implantação de um sistema Unificado e Descentralizado de saúde. Resultando em 1990 com aprovação da Lei 8.80/90, sobre os serviços e diretrizes do SUS e 8.142/90 a respeito da participação da comunidade e transferência de recursos financeiros de forma hierarquizada.

Pereira (2005) sinaliza as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) como espaços de debates políticos e de caráter decisivo na formulação das políticas de saúde, como a VIII CNS marco importante no Movimento de Reforma Sanitária, que a partir da década de 1970, na sua VI edição já começam a reforçar e problematizar a formação dos profissionais da saúde. Sendo que na XIX CNS (2000) aponta para a necessidade de uma política nacional de recursos humanos.

Assim também as Conferências Nacionais de Recursos Humanos, tendo em 1986 sua primeira edição, destaca:

A conferência enfatiza que a formação profissional dos trabalhadores da saúde não é adequada às demandas da saúde da população brasileira. Denuncia, ainda, que a ausência de planos de carreira, assim como os baixos salários, contribuem para uma qualificação profissional aquém do requerido (PEREIRA, 2005, s/p).

Em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, também é possível visualizar esta preocupação. Nos objetivos desta Lei em seu Art 6. Inciso III se refere: a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; no Art. 14.

Estabelece que deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Há ainda um título sobre os recursos humanos, em seu Art. 27. Define que: a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Em 1992 a IX<sup>a</sup> CNS apresentou como tema principal a municipalização, acompanhado dos temas sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. Quanto aos recursos humanos reafirmou a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo, a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, a implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde, o estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde, a garantia de equipes multiprofissionais, entre outros.

Essa conjuntura chama em 1993 a II Conferência Nacional de Recursos Humanos: “*Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde*”. Deste ano também a Norma Operacional Básica publicada em 1993 (NOB/RH 01/93).

Em 2003 no âmbito do Ministério da Saúde foi criada Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde (SGTE). Neste ano é realizada III Conferência Nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde (CNGTES) com o tema: Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Políticas De Trabalho, Gestão, Formação e Participação.

A educação permanente como conceito pedagógico no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A ideia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. (BRASIL, 2005, p. 8)

Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde. (BRASIL, 2005, p. 9)

Resolução N 335 de 27 de novembro de 2003. Cria a Política de Formação e Desenvolvimento para O SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a Estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde”.

Portaria 198/GM – MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

Portaria Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Carvalho e Ceccim (2006) apontam algumas questões frequentes na inserção dos profissionais de saúde no SUS. Para os gestores, os profissionais não têm formação adequada. Para os docentes as unidades básicas de saúde, por exemplo, é um difícil espaço de aprendizagem por não oferecerem um espaço adequado. Para os estudantes, a universidade tenta praticar a integralidade, mas tem dificuldade de agregar equipes multiprofissionais e construir o diálogo entre elas. Nesse sentido, os autores salientam que é necessário valorizar a formação multiprofissional e as capacidades de cada profissional, uma capacidade crítica de autoanálise e autogestão.

No cenário contemporâneo observamos uma série de Reformas que tem desmontado todo um processo organizativo e a garantia de direitos.<sup>1</sup> Este contexto também acompanha a trajetória da árdua luta política da implementação das políticas públicas no Brasil.

A partir da legislação do SUS, vários impasses perduram para que essa universalização da saúde realmente se efetive. Avanços houve, mas como universalizar uma política que era voltada apenas para a população trabalhadora e a partir do SUS atender 100% da população brasileira? Ao mesmo tempo, de uma prática privatista e centrada na doença, para sanitária e de vida saudável? Assim como, quebrar os monopólios das indústrias farmacêuticas e indústrias de equipamentos de alta tecnologia capitalistas?

Esse arcabouço legislativo com limites e possibilidades vem construindo a política pública de saúde brasileira. É notório que é uma luta, advém de muitos atores, que historicamente vem se organizando, especialmente junto aos movimentos sociais.

## 2.2 Assistente social como profissional de saúde e os aspectos da formação profissional na graduação

O assistente social é legalizado como um profissional de saúde junto a 14 profissões no SUS. E também é reconhecido como um profissional generalista possui na sua formação elementos que o habilitam para diversos espaços sócio-ocupacionais.

Diante dessa característica profissional, consideramos relevante o aprofundamento desses diversos espaços sócio-ocupacionais, que possuem relação direta das políticas públicas com os indivíduos, grupos e instituições. E neste estudo, abordamos instituições de saúde dentro do SUS.

Construindo um caminho de análise para a prática profissional do assistente social, é necessário abordar seu processo formativo. Ao se tratar de formação profissional, buscamos detectar a percepção dos assistentes sociais sobre

---

<sup>1</sup> **Emenda Constitucional nº 95 de 15/12/2016** - Teto dos Gastos Públicos, que altera o teto de financiamento da saúde, que foi conquistado e acordado na PEC 29/2000. **Portaria nº 1.482** - instituiu um grupo de trabalho para discutir e elaborar projeto de criação de Planos de Saúde Populares, retirando recursos do SUS para planos privados. **Proposta de Emenda à Constituição 287/2016** (PEC da Reforma da Previdência). **Projeto de Lei 6787/2016** (Reforma Trabalhista), que precarizam o trabalho e agridem todos os direitos trabalhistas outrora conquistados.

elementos da sua formação que habilitaram seu exercício profissional em saúde, tendo estas profissionais em sua grade curricular estudado ou não conhecimentos específicos da área de saúde.

De forma breve, apresentamos alguns elementos do perfil profissional de assistentes sociais que estão atuando nas UBS'S do Disa Leste e que fizeram parte da amostra deste estudo, estando os mesmos na função de assistentes sociais e com contato direto com os usuários da saúde. Neste estudo consta uma amostra de 08 profissionais assistentes sociais atuantes em 08 UBS's do Disa Leste,

Majoritariamente as profissionais são do sexo feminino, historicamente a profissão tem esse perfil (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006), mesmo que atualmente já seja visualizado profissionais do sexo masculino.

As profissionais estão na idade adulta sendo a maioria na faixa etária de 30 a 49, a década de 1990 e 2000 foram mais presentes no tempo de formação, tendo destaque os anos 2000 com 05 profissionais; quanto as Instituições de Ensino Superior, 7 profissionais são de instituição pública do Amazonas, e uma profissional da iniciativa privada, portanto maior presença de profissionais de instituição pública.

Quanto ao tempo de atuação em unidades de saúde, a maior frequência foi de 1 a 5 anos e de 11 a 15 anos. Tendo expressão significativa para a apreensão e compreensão dos determinantes de saúde e as principais demandas para a atuação do profissional nesta política, considerando que todas as profissionais se encontram em quadro estatutário.

<b>Identificação das Assistentes Sociais</b>			
<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano de Formação</b>	<b>Anos de Atuação em Saúde</b>
<b>F (8)</b>	30 a 39 (4)	1990 (3)	1 a 5 (3)
	40 a 49 (3)	2000 (5)	11 a 15 (3)
	50 a 59 (1)		16 a 20 (1)
			21 a 25 (1)

Quadro 7 - Identificação das Assistentes Sociais

Destacando o período de formação dos assistentes sociais entre as décadas de 1900 até o final dos anos 2000. Temos na profissão importantes marcos, com destaques para lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/93), a construção de um Projeto Ético Político comprometido com a defesa dos direitos sociais,

consolidado também no Código de Ética profissional (Resolução CFESS Nº 273 de 13 março de 1993) a reformulação das Diretrizes Curriculares em 1996 e 2002.

Na década de 1980, um novo cenário se configura para a trajetória da política de saúde no Brasil, fazendo parte do contexto da redemocratização do país: o Movimento de Reforma Sanitária, que irá somar para os avanços da saúde, contando com a mobilização dos profissionais e instituições de saúde e dos movimentos sociais (FLEURY, 2009).

Assim, na década de 1990 o campo da saúde pública se apresenta num novo panorama, a partir da homologação do SUS, inicia um projeto de saúde pública na perspectiva de dever do estado e direito do cidadão, com princípios e diretrizes que configuram um direito social a todos os brasileiros, como foi possível visualizar no Capítulo I deste trabalho.

Dessa forma, os assistentes sociais também se encontram com uma nova organização dos serviços de saúde, na qual dentro da descentralização, hierarquização e regionalização, se propõe os níveis de complexidade do SUS, que requerem atuações específicas dentro das atribuições profissionais.

Mas a profissão passou por um importante processo de transformação, cujo movimento de Intenção de Ruptura é uma expressão desse período, é uma forte aproximação com a perspectiva marxista e a intenção de romper com a corrente positivista e conservadora na profissão, destaque para o seminário de Belo Horizonte (1972-1975) que foi um intensificador das discussões que deram pulsar para a década de 80, quando a profissão passa a assumir a tradição marxista (NETTO, 1991), contraditoriamente.

Esse novo projeto profissional apresenta importantes elementos que somam forças junto ao projeto da reforma sanitária para a efetivação do SUS. Nos anos 2000, a profissão vai se fortalecendo e reafirmando seu projeto profissional e se articulando aos princípios do SUS.

Entre junho de 2008 a março de 2009, iniciam-se as discussões e grupos de trabalhos para a construção dos Parâmetros da Atuação dos Assistentes Sociais na Política da Saúde, organizados pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, envolvendo todas as regiões do país, estabelecendo as atribuições e competências do assistente social para a área da saúde.

Esse parâmetro permite ao assistente social direcionar sua atuação no campo da saúde, tendo em vista a necessidade de conhecer os níveis de complexidade do SUS e seus usuários, estabelecer relações interprofissionais, assim trabalhando as potencialidades e identificando as limitações profissionais e no campo de trabalho (BRAVO, 2008).

A organização curricular do Curso de Serviço Social, previsto nas Diretrizes Curriculares de 2002 (Resolução MEC nº 15, 13/03/2002), (contraditoriamente não incorporando alguns itens das Diretrizes Curriculares de 1996 da ABPSS), é constituída de três núcleos de fundamentação da formação profissional, a saber:

- Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos para conhecer o ser social;
- Núcleo de fundamentos da formação sócio histórica da sociedade brasileira, que remete à compreensão das características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais;
- Núcleo de fundamentos do trabalho profissional, que compreende os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os componentes éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado.

Esses núcleos englobam conjuntos de conhecimentos que podem se desdobrar em disciplinas, seminários temáticos, oficinas/laboratórios, atividades complementares e outros componentes curriculares.

Diante disso, elaboramos um roteiro de entrevista semi-estruturada com o campo da percepção da formação profissional em saúde e destacamos algumas questões como: oferta de disciplina, estágio, pesquisa, extensão específicas para atuação em saúde, assim com a avaliação da contribuição e limites desses componentes no processo de formação do assistente social.

A oferta de disciplina específica em *Serviço Social e Saúde* durante o período de graduação foi realizada por seis (6) profissionais, sendo que todas foram disciplinas eletivas (aquelas que para o aluno é facultativa), uma profissional optou por não realizar mesmo tendo sido oferecida à época e, duas profissionais alegam não ter sido oferecida no período em que realizavam a graduação.

Algumas questões podem ser associadas a este quantitativo de mais da metade realizarem a disciplina, como já referenciamos aqui nesse período a profissão já contava com um arcabouço legislativo que se soma com as lutas pela efetivação das políticas sociais, a promulgação do SUS e seu reconhecimento enquanto política social.

Da contribuição da disciplina para o exercício profissional, as profissionais apontam elementos importantes, que demonstram uma sinalização para a compreensão da política enquanto direito social.

A disciplina trouxe uma abordagem histórica da construção da Política Pública de Saúde no Brasil, dentro do contexto da Seguridade Social. Então trazia esse aspecto histórico. Também trouxe uma parte da legislação da consolidação da Saúde como um direito, do que era o SUS de toda legislação que fundamenta a Saúde como um direito. Foi nesse sentido que a disciplina contribuiu para dar um norte ao acadêmico e, futuramente, este como um profissional. Desta historicidade e da legislação que fundamenta a saúde como um direito (Assistente Social B).

Também foram expostas dificuldades no processo de conhecimento como observamos nas falas em destaque, o que nos permite confirmar que o processo do conhecimento é uma construção e que possui também desafios.

Não, na época não. Acho que foi um pouco vago, a gente que teve que correr atrás mesmo (Assistente Social A).

Olha, na teoria não entendia muito. Assim, lia, lia, mas não dava para associar à prática. Porque eu não tinha prática na área. Mas contribuiu sim. Ela falava a respeito do Sistema Único de Saúde, política de saúde. Mas só deu para relacionar com a área, com certeza, na íntegra, quando comecei a praticar mesmo o exercício do Serviço Social na Saúde (Assistente Social E).

A este aspecto Forti e Guerra (2013, p.1) afirmam que:

(...) a teoria não é capaz, por si só, de processar qualquer alteração na realidade concreta. Contudo, a prática como atividade efetiva que permita a transformação na realidade natural ou social não é uma atividade qualquer, mas atividade que possibilita ao sujeito reflexão sobre suas ações e revelações sobre a realidade – que possibilita decifração de categorias e captação da legalidade dos fenômenos é uma ação capaz de proporcionar conhecimentos, transformando e qualificando nossas ideias sobre as coisas e de nos oferecer meios, caso tenhamos a intenção de modificá-las.

No âmbito das competências e habilidades gerais dos assistentes sociais, previstas pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), a formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade.

Diante disso, buscamos dentro do conjunto dos tópicos de estudos previstos pelas Diretrizes Curriculares de (1996) detectar como os profissionais hoje atuantes na política de saúde percebem essa relação dos conhecimentos adquiridos com a realidade profissional. Os conteúdos dizem respeito a: sociologia, teoria política, economia política, filosofia, antropologia, psicologia, formação sócio-histórica do Brasil, direito e legislação social, política social, desenvolvimento capitalista e questão social, classes e movimentos sociais, fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social, trabalho e sociabilidade, serviço social e processos de trabalho, administração e planejamento em serviço social, pesquisa em serviço social e ética profissional.

Quando os profissionais se referiram aos conteúdos não específicos da atuação profissional foi possível identificar que reconhecem como importante os fundamentos da vida social para compreensão do ser social.

Sim! Antropologia, por exemplo. Conhecer as diferenças. Aqui nós trabalhamos com pessoas, às vezes, indígenas, agora haitianos. Diferentes culturas. Com certeza contribuiu: nos ajuda a ter um olhar diferenciado (Assistente Social E).

Sim, com certeza. Algumas disciplinas, mesmo não sendo específicas, elas contribuem muito para nos deixar atentas. Porque o Serviço Social tem direcionamentos na atuação que independem de uma área específica. Quando nos inserimos na área específica, nós vamos aprender aquela política, aquela legislação. Mas o fazer profissional e essa instrumentalidade são trabalhadas no curso. O que muitas vezes sentimos falta é a operacionalidade do trabalho, do fazer profissional nos espaços sócio-ocupacionais (Assistente Social H).

Contudo, há falas que evidenciam como alguns profissionais se sentem ao serem inseridos nos espaços sócio-ocupacionais:

No sentindo de compreender como funciona a saúde, a política, mas especificamente não, quando a gente entra no campo a gente tem que ir aprendendo na marra mesmo, aprender e relacionar com a nossa realidade, mas claro, sem essa leitura a gente não teria nem como compreender, seria um impacto, mas como a gente tem os parâmetros, tem o código de ética

que direciona a gente, porque na área da saúde a gente percebe assim que o assistente social não tem uma direção, não tem seus instrumentais específicos, a gente usa o mesmo que os médicos e enfermeiros (Assistente Social A).

Não. Tanto que quando eu cheguei aqui foi um impacto. Só que eu fiz meu estágio aqui na área da saúde, no HUGV, isso contribuiu intensamente para a minha prática aqui. Depois eu entrei numa pós-graduação voltada para a família e que haviam algumas disciplinas voltadas para área da saúde (Assistente Social G).

Quando abordados sobre as dificuldades ou ausências de elementos do processo formativo que impactaram a atuação enquanto profissionais da saúde, mais da metade das profissionais (5) afirmam que não sentiram ausência de elementos formativos para sua atuação, contudo apontam dificuldades dentro dos espaços institucionais que estão relacionadas ao primeiro impacto da rotina de saúde, que para algumas era a primeira experiência na área:

Acredito que eu senti mais essa dificuldade da atuação específica do Serviço Social, porque quando chegamos [não] nos apresentam os programas. Tem planejamento familiar, tem tabagismo e precisamos primeiro conhecer esses programas e, então, ver como o Serviço Social vai trabalhar junto com os outros profissionais. Dessa forma, deveria haver aquela visão mais interdisciplinar mesmo e como quando chegamos não há aquele momento para nos apresentar os programas, o profissional precisa ler, buscar se informar com os outros profissionais para compreender o funcionamento, para então você, enquanto profissional, se incluir nesses programas e ver o que você pode estar fazendo (Assistente Social A).

Também há falas que reconhecem a necessidade de alguns aprofundamentos, mas resgatam o compromisso do profissional, como prevê o Código de Ética Profissional quando se refere aos deveres do assistente social “desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor”, como podemos visualizar na fala abaixo:

Então eu vejo assim, que o processo de formação ele poderia ter proporcionado uma base mais sólida. Mas tive essa disciplina do Seminário Temático. Poderia ter tido outras coisas também, mas eu não atribuo a responsabilidade só à isso. Eu atribuo a mim também. Se eu tenho dificuldade, sempre tenho que estar buscando leituras os instrumentais, a construção dos instrumentais a legislação. Estamos na saúde, mas as demandas que chegam são as mais diversas, não específicas da saúde. Assim, temos que estar todo tempo buscando enquanto profissional (Assistente Social B).

Outra ausência do processo formativo foi à relação teoria e prática na visão das entrevistadas.

Porque quando você está no campo, existem muitas forças. Você tem que lidar com muitas forças institucionais. Então a parte da teoria fica um pouco, vamos dizer, abstrata de certa forma. É uma relação de forças. Você tem que refletir muito sobre a realidade que você está, que você está vivenciando e tentar, de certa forma, juntar as duas coisas. Mas não é fácil fazer isso. Então, eu acredito que por uma parte possa ter tido, talvez, alguma falha nesse sentido. Mas não vou dizer que houve falha não. Porque, não sei hoje te dizer, por exemplo, se hoje como está sendo colocado, em fatia mesmo (Serviço Social na empresa, Serviço Social na saúde), se quando as alunas saem e vão para aquele campo se elas estão cem por cento preparada (Assistente Social D).

As falas das *Assistentes Sociais G e H* retratam na concepção das entrevistadas a necessidade de maior especificidade dos elementos específicos na graduação.

(...) Eu não sabia qual era a minha atribuição aqui. No caso quando eu entrei, há 11 anos, na urgência, o que um Assistente Social faz no setor de Urgência de uma UBS, eu realmente não sabia (Assistente Social G).

(...) Sim, eu senti dificuldade porque, embora nós tenhamos uma formação mais generalizada, quando nos inserimos nas áreas específicas, é requerido de nós um conhecimento específico também, que nós vamos ao longo dessa inserção, pelas leituras da legislação, nos apropriando (Assistente Social H).

Outro aspecto importante da formação profissional está relacionado com a vivência do estágio supervisionado, previsto nas bases legais da profissão como elemento obrigatório. “O estágio supervisionado é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional” (ABEPSS, 1996).

Da realização dos estágios supervisionados das entrevistadas, os maiores quantitativos ficaram entre saúde e área empresarial, a saúde já possuindo esse histórico contratual, e a empresa devido ao Polo Industrial de Manaus até a década de 1990 manter um quadro significativo de assistentes sociais nas suas empresas (SILVA e VALLINA, 2005).

Área de Estágio	Quantidade
Saúde	3
Empresa	3
Socioambiental	1
Educação	1

Quadro 8 - Área de estágio em serviço social durante a graduação

Dessa vivência buscamos identificar o que o estágio supervisionado, independente da área de atuação do mesmo, contribui na atuação enquanto profissionais da saúde.

Os elementos mais frequentes nas falas das profissionais no sentido de contribuição estão relacionados à: autonomia para realização das atividades de estágio, conhecimento da realidade diante das demandas que chegavam às instituições, aprendizado de elaboração de instrumentais, a presença da supervisão de estágio como fundamental nessa etapa de aprendizado.

As Assistentes Sociais do [estágio], nos davam essa orientação muito boa, ficavam sempre muito próximas, deixavam que nós tivéssemos uma atuação bem ampla mesmo, como profissionais até, ela nos davam esse suporte e isso também contribuiu demais para minha experiência aqui (Assistente Social G).

O estágio me deu uma visão também da atuação do profissional dentro da comunidade, uma visão sobre a realidade amazônica, sobre o modo de vida dessas populações que é um pouco diferente, claro, de um contexto urbano. Também de como fazer a pesquisa, como elaborar um projeto de pesquisa, como produzir um relatório, de como produzir artigos científicos, essa visão da atuação do profissional no campo da pesquisa, no campo da extensão e isso me proporcionou uma base também, até mesmo para o campo da docência, que em alguns momentos tive essa oportunidade (Assistente Social B).

Uma profissional da amostra apontou que no seu período de estágio percebia muitas ações desconexas do exercício da profissão:

(...) Mas o tipo de trabalho, de condução, era muito desconectado daquilo que concebíamos mesmo como exercício profissional. Eu diria que fora o meu projeto de intervenção, pouca coisa eu aproveitei (Assistente Social H).

Das profissionais entrevistadas e dentro do nível de concordância quanto a abertura para o estágio supervisionado para discentes, 05 concordam muito, 1 discorda muito, 1 preferiu não opinar e 1 discorda pouco.

Aqui não tem, não. É opcional. Aqui não tenho pique pra estagiário. A SEMSA não te obriga a ter estagiário, é opcional. Eu não tenho sinceramente pique físico para aguentar dois horários de estágio porque é puxado. Tu tens que ensinar orientar, tu tens que avaliar, tu tens que deixar de praticar a atividade de Assistente Social. E aqui eu pego produção, temos meta, então não tem como, temos que estar livre pra isso (Assistente Social E).

O arcabouço de regulamentação da profissão se refere à supervisão de estágio como uma das competências específicas e atribuições privativas do assistente social. Requer deste profissional uma postura compromissada com o processo de formação da profissão. Buriel (1995, p. 20) a este respeito já destacava que:

De fato a Supervisão em Serviço Social é uma atividade inerente ao exercício profissional. Nesta medida, enquanto a categoria profissional e os Cursos de Serviço Social não a considerarem significativa e não a refletirem e a incorporarem no conjunto das preocupações do Serviço Social, a própria formação dos assistentes sociais estará falha e comprometida.

### 2.3 Principais Demandas para o Assistente Social na Atenção Básica de Saúde do Disa Leste

O assistente social é um profissional que tem sua atuação vinculada diretamente com a realidade social, dentro da profissão é associado como uma atuação que visa o enfrentamento das expressões da questão social, tendo na sua legislação essa dimensão como uma competência profissional, sendo esta: identificar as demandas presentes na sociedade e formular respostas profissionais diante das mesmas.

Quando o profissional é inserido em determinado espaço sócio-ocupacional a ele é necessário à identificação de sua demanda institucional e esta demanda deve estar relacionada com as condições de produção e reprodução social destes indivíduos.

De acordo com Rezende e Cavalcante (2006) o serviço social é determinado como uma profissão interventiva, tendo no Estado seu principal contratador e nesta relação há dois importantes aspectos, um relacionado às instituições sociais e os serviços que devem prestar e os usuários com necessidades e demandas pela busca do acesso a tais serviços. Desta forma o profissional firma uma operacionalização desses serviços no campo das políticas sociais. E quando se trata de saúde estes autores afirmam que:

(...) no direito social à saúde como direito que qualifica (confere qualidade histórica a partir de uma realidade social concreta) o direito civil à vida. Isto é, a partir do momento em que se garante o acesso aos serviços de saúde, o direito civil à vida vem garantido de certa qualidade que esta vida em sociedade deve ter (p.36).

No caso deste estudo, os assistentes sociais são inseridos dentro de territórios de saúde, esses territórios são marcados por um estilo de vida cultural e por determinantes sociais que serão perceptíveis na rotina de atendimento do estabelecimento de saúde.

Como apontado no Capítulo I deste estudo, a zona leste de Manaus é segunda zona mais populosa da cidade de Manaus, dados do IBGE apontam em 2013 uma população de 492.732, o que vai exigindo para esta população acesso nas diversas políticas públicas.

Bairro	População 2013
Armando Mendes	31.116
Colônia Antônio Aleixo	18.262
Coroado	56.488
Distrito Industrial II	4.289
Gilberto Mestrinho	60.881
Jorge Teixeira	124.165
Mauazinho	25.916
Puraquequara	6.441
São José Operário	72.785
Tancredo Neves	53.715
Zumbi dos Palmares	38.674

Quadro 9 - População da Zona Leste de Manaus. Censo IBGE, 2013

Fonte: IBGE (2013).

Dentro desse universo populacional do Disa Leste possui alguns indicadores de saúde que sinalizam os serviços ofertados nas UBS's. É possível verificar que os indicadores se referem aos grupos prioritários crianças, grávidas e idosos; controle de epidemias; vigilância sanitária e doenças crônicas.

No quadro dos indicadores ainda não é visualizado indicadores que representem os determinantes sociais em saúde, a concepção de saúde prevista pela Lei Orgânica da Saúde e a compreensão que se alcançou também pela luta do movimento sanitário e o reconhecimento da saúde enquanto um processo social, assim que fosse possível visualizar além dos agentes biológicos.

Indicadores de Saúde no Disa Leste de Manaus		
Calendário Vacinal de Crianças	Casos de Malária	Consultas de médico e enfermeiro para pessoas com hipertensão
Casos de Hanseníase	Visita domiciliar para o controle da dengue	Ação coletiva de ação de escovação supervisionada
Casos de Tuberculose	Consultas de Pré-Natal	Primeira Consulta odontológica programática
Notificações ao <u>Sistema Nacional de Atendimento Médico- SINAM</u>	Consulta para menores de 02 anos	Consultas médicas nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e clínica médica)
Diagnóstico de Sífilis em Gestante	Coleta de material citopatológico do colo de útero	Número de consulta de enfermeiro (a)
Diagnóstico de HIV	Mamografias	Visitas domiciliares realizadas por ACS
Óbitos em Mulheres de Idade Fértil	Consultas de médico e enfermeiro para pessoas com diabetes	Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas pelo perfil saúde.

Quadro 10 - Os indicadores de saúde prioritários do Disa Leste de Manaus  
Fonte: SEMSA, 2017.

Dessa forma, durante as entrevistas perguntamos as assistentes sociais quais as maiores demandas em que elas atuam dentro das UBS's. A atuação do assistente social foi sinalizada na maior parte dentro do Plantão Social, mas também foram citadas atividades com grupos e nas campanhas preventivas.

O Plantão Social é um atendimento realizado pelo assistente social que requer um espaço para escuta qualificada, que possa garantir o sigilo e a privacidade do atendimento, previsto pelo Código de Ética Profissional. Das oito instituições visitadas, apenas em uma o assistente social não estava em sala específica, devido a reforma da unidade, fazendo assim seu atendimento em salas disponibilizadas por outros profissionais, mas com atendimento individual.

Uma das principais demandas expressas pelas profissionais é diante ao acesso dos serviços de saúde, consultas, exames e insumo, são solicitações rotineiras nos atendimentos.

Tem as demandas específicas da Saúde. Por exemplo, os usuários tem dificuldade de acessar algum tipo de serviço. Visualizamos essa dificuldade e vemos o que o Serviço Social pode contribuir. Então têm aquelas demandas específicas da saúde, problema da adesão dos usuários ao tratamento, hipertensão, diabetes, a gestante que tem dificuldade de aderir ao pré-natal, principalmente, as adolescentes (Assistente Social B).

Esta questão identificada no processo de construção dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde vem sinalizada com uma atribuição que não é da competência do profissional, contudo o profissional deve buscar qualificar o seu atendimento, como assinala Ramos (2013, p.79).

Geralmente quando o usuário chega ao plantão para ser atendido, a demanda apresentada muitas vezes não está diretamente relacionada com as ações do assistente social naquela instituição, a solicitação do atendimento muitas vezes se refere às atividades que não são pertinentes ao trabalho do profissional. Por outro lado, não pode ser desconsiderado que esse profissional acumula um conhecimento a cerca da dinâmica e do funcionamento institucional que é extremamente ampliado, e esse acúmulo deve ser revertido em um atendimento qualificado ao usuário.

Outro aspecto é quanto à precarização do SUS que é evidente no cenário das políticas públicas, a legitimação da saúde enquanto direito de todos e dever do estado, não a isenta de grandes desafios para sua consolidação. Segundo Cohn *et al* (2010, p. 27):

A questão que se coloca hoje, para o setor saúde, no interior da transição democrática, aliás como para os demais setores, é exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente “invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais”, no geral reforçada pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos.

E em pleno século XXI, neste ano de 2017, a frágil democracia sofre seus percalços junto com a crise política, econômica e moral com governo Temer, que colocar alerta a temer a perdas de direitos conquistados, e seus reflexos nas políticas sociais também.

Ianni (2004) assinala que de acordo com a época e o lugar a questão social mescla desigualdades e antagonismos de significação estrutural, onde a prosperidade da economia e o fortalecimento do aparelho estatal andam em descompasso com o desenvolvimento social. Salaria que na realidade brasileira a questão social se apresenta com um elo básico da problemática nacional, impasses de regimes políticos e governamentais.

Nessa direção uma profissão que tem no seu projeto profissional a defesa intransigente pelos direitos humanos e a luta ampliação e consolidação da cidadania se faz fundamental.

Com isso toda instrumentalidade que a profissão aporta deve ser construída com seriedade, buscando vencer a burocratização e o imediatismo. Na fala das assistentes sociais é presente a busca dos usuários por diversos direitos sociais, desta forma a *orientação* e os *encaminhamentos* para a rede intersetorial.

(...) orientações, demandas espontâneas, pessoas que querem saber como fazem para se aposentar, como eu faço para ter a passagem para pessoa com deficiência ou o Passa Fácil. Essas são demandas que vão chegando espontaneamente para o Serviço Social ou encaminhados institucionalmente (Assistente Social H).

Verificamos que, no limite da impossibilidade em resolver os problemas dos usuários, impedidos às vezes por políticas ou por falta de recursos impostas pelo próprio estabelecimento, no Serviço Social, aparece o “encaminhamento” como a solução ou não solução para o usuário. Aqui ele fica à mercê da própria sorte, pois não há contra-referência para os encaminhamentos realizados (FRANCO e MEHRY, 2013, p. 295).

Quanto às atividades com os grupos, o mais recorrente pelas assistentes sociais foi o da Saúde da Mulher em que as assistentes sociais são requisitadas no planejamento familiar e nos grupos de grávidas:

Temos uma grande demanda da Saúde da Mulher. Porque um dos programas que atendemos, que é para grávida, o próprio Bolsa Família, atendemos muitas mulheres. Então, com isso, na entrevista, já identificamos qual é a necessidade da mulher na parte da Saúde: se está com os preventivos em dia, se está com mamografia, se está fazendo o pré-natal, se faz o planejamento familiar. Tudo isso o Serviço Social faz na hora da entrevista (Assistente Social A).

Neste aspecto percebemos uma demanda que o assistente social junto as mulheres pode realizar, exigindo ao profissional identificar os determinantes que interferem no modo de relações que determinam papéis sociais e, neste caso também condições de saúde.

Historicamente e socialmente as mulheres vão assumindo papel de cuidadoras e mesmo quando trabalham fora, só aumentam a jornada dos cuidados profissionais e da vida pessoal e suas relações afetivas dentro das famílias. Assim vão ficando expostas a diversos problemas de saúde (MARTINS e MELO, 2013).

O Serviço Social trabalha dentro desse aspecto. No NASF a gente participa também dos grupos de Educação em Saúde. Nós temos um grupo de mudança de hábitos, tratamento coletivo, diabetes, hipertensão, obesidade. Temos um grupo de educação e saúde para cidadania, que é voltada para todos os usuários da UBS que tem interesse, especialmente para os beneficiários do Bolsa Família, Leite do Meu Filho. É um trabalho que o Serviço Social está iniciando com um pouco de dificuldade, com baixa adesão, mas a gente não desiste (Assistente Social B).

Outras referências foram feitas em relação ao grupo de idoso, que são identificados através de programas do Hiperdia, que visa a prevenção e promoção da hipertensão e o diabetes, doenças que quando não tratadas adequadamente podem trazer sequelas para os indivíduos, limitando suas atividades da vida diária, requerendo cuidados constantes tanto dos serviços de saúde, como dos profissionais e serviços.

Para Oliveira (2011, p. 29) “existe uma necessidade de se instituir propostas metodológicas que coloquem os diferentes sujeitos numa relação dialógica de construção de conhecimento, com vistas às transformações necessárias de suas realidades”. Nessa dimensão percebemos que uma atividade com grupos pode potencializar os processos individuais dentro do coletivo.

Os atendimentos são também determinados por metas, numa produção diária o assistente social tem que fazer 12 atendimentos, que geralmente são atendidos dentro do Plantão Social.

Porque o Serviço Social, se ele for esperar a pessoa chegar, espontaneamente, eu não vou atender minha meta, porque não vai ter todo dia doze ou quinze pessoas específicas, procurando de livre espontânea vontade (Assistente Social D).

Esta afirmação retrata uma característica que ainda perdura dentro dos serviços de saúde, que é a dimensão do biológico e da organização dos serviços nesta perspectiva. Que ainda aparece a centralidade médica, os usuários buscam os serviços visando um atendimento médico.

E por consequência do seu estado de saúde, do tratamento e reabilitação que irão realizar, quando não conseguem, procuram ou são direcionados ao serviço social.

A consulta médica gera uma série de necessidades e é ela que define a opção por qual serviço, dos que são oferecidos, deverá ser ofertado ao usuário (FRANCO e MERHY, 2013, p. 294).

O que nos leva a refletir sobre duas questões. De um lado se confirma que ainda reproduz um modo de fazer saúde dentro das práticas tradicionais. Outro, que estratégias os profissionais poderiam construir no aspecto de manter um fluxo de atendimento que seja reconhecido enquanto determinante de saúde numa abordagem sanitária.

Diante disso a fala de uma profissional revela-nos que a profissão, mesmo tendo seu espaço sócio histórico nos serviços de saúde e seu significado social enquanto profissional, corre o risco de ser um profissional à margem, como se não houvesse demandas importantes para ele, ou como se alguns agentes biológicos precisassem da intervenção do profissional e outros não.

Depois que tiraram esse programa do Serviço Social aqui da zona leste (porque em outras zonas o Serviço Social continua atendendo esse programa), eu deixei de atender esse programa. Assim, minha demanda caiu assustadoramente, quase zero! Eu fiquei até me perguntando: “O que eu estou fazendo aqui? Ninguém precisa de mim! Ninguém me procura e também nenhum profissional me encaminha ninguém” (Assistente Social G).

Uma fala que aponta a necessidade de um processo contínuo de educação permanente e análise crítica da prática profissional constante, se o profissional não utiliza os elementos de fundamentação da sua profissão, ele fica frágil institucionalmente e a profissão vai perdendo visibilidade.

Diante de todo o contexto sócio histórico de construção da profissão, sabem que é necessário vigiar estas relações. Para Forti e Guerra (2013, p. 01) “o desafio consiste em formar profissionais capazes de atuar na realidade, por meio da identificação e da apropriação crítica de suas demandas e das demandas a eles dirigidas”.

Outra questão que se mostra ao se tratar das demandas profissionais é o fluxo institucional das mesmas para o profissional assistente social. O que faz o assistente social? Parece-nos ser uma questão ainda a ser superada dentro das instituições, tanto nas relações com a equipe como na relação com os usuários.

Tudo chega aqui, aí eu tenho que triar, vê o quê que cabe a mim, porque não temos que confundir: ‘Assistente Social não tem que fazer tudo! e aqui muda muito de gestão. Durante minha estada aqui há 11 anos, nós trocamos sete vezes. São sete vezes que eu tenho que dizer o que é o Serviço Social. Teve uma delas que queria que eu atendesse até no corredor. Tive que conversar com ela. Ela nunca tinha sido gestora e ela veio comissionada e comissionada quer mostrar trabalho de qualquer forma, nem que seja sem te conhecer, sem conhecer teu trabalho (Assistente Social E).

Nas falas das entrevistadas e na que selecionamos abaixo, demonstra que na relação entre profissão e instituição não foi visível que as profissionais estejam

fazendo outras ações que possam ir além das que estão previstas e institucionalizadas.

Temos observado, junto com as outras Assistentes Sociais, de pensar a metodologia e, não sei se isso vai aparecer na sua pesquisa como se nós não tivéssemos uma linha condutora do trabalho do Serviço Social, mas é como se a instituição determinasse muito o que o Assistente Social vai fazendo mesmo. Então você vai ver uma Assistente Social trabalhando uma coisa e outra fazendo outra completamente diferente. No caso, aqui, o que chega de demanda? (e isso tem a ver com gestão, tem a ver com formação da profissional, todos esses são elementos, são condicionantes dessa demanda (Assistente Social H).

Forti e Guerra (2013) sinalizam o profissional como um intelectual que intervém na realidade social, por isso atua em áreas particulares, mas no entendimento que o particular é parte da totalidade, deve o tempo todo exercitar a capacidade crítica diante da realidade contraditória e dinâmica. Assim, requer uma sustentação teórica, política e ética.

Nas falas das entrevistadas, o aporte teórico dos autores e nossas percepções enquanto pesquisadoras remetem-nos a compreensão de um processo formativo que é exigente desde a entrada do estudante de serviço social na graduação e perdura todo o exercício profissional. Visto ser uma profissão que se projetou pela garantia da cidadania e seu posicionamento em defesa dos trabalhadores.

### CAPÍTULO III

## A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS PARAMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Os tópicos que serão apresentados neste capítulo, versam a respeito dos Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na área da saúde, por isso, no tópico 1 apresentaremos de modo particular a prática profissional do Assistente Social e as atribuições profissionais dentro da rotina de Saúde das UBS's do Disa Leste. De maneira a problematizar a atuação do profissional a partir das demandas institucionais com a finalidade de identificar os limites e possibilidades da atuação profissional na perspectiva de conhecer se de fato estes extrapolam as demandas para além da instituição.

Já o tópico 2 se refere a prática profissional do Assistente Social e sua Relação direta com os Usuários que são atendidos no Disa Leste, assim, buscou-se verificar as respostas profissionais que os assistentes sociais têm dado a estes usuários, com intuito de possibilitar o conhecimento da realidade a partir dos determinantes sociais de saúde, bem como, o acesso ao serviço, a mobilização e participação dos indivíduos sejam de modo individual ou coletivo.

E por fim, o tópico 3 quer evidenciar como se constrói nas equipes de saúde do SUS e de modo especial na atenção básica, a organização do cuidado junto aos usuários na diversidade de saberes profissionais, de maneira a perceber como as relações acontecem na equipe de saúde, e as repercussões para a atuação dos assistentes sociais.

Nesse sentido, buscamos por meio da Escala *Likert* mensurar o nível de concordância diante de uma afirmação. Neste trabalho, identificamos o nível de concordância diante da realização dos eixos de atuação dos assistentes sociais da saúde, que estão previstos nos Parâmetros CFESS/CRESS para a área da saúde. Assim, temos uma tabela de cinco dimensões, com os seguintes níveis: concordo muito, concordo pouco, não concordo nem discordo, discordo muito, discordo pouco.

### 3.1 A Prática Profissional do Assistente Social e as Atribuições Profissionais dentro da Rotina de Saúde das UBS's do Disa Leste

A prática profissional do dia a dia vai caracterizando uma rotina, que se estabelece pela sistematização do saber e do fazer quando se trata de respostas ou atribuições profissionais dentro das instituições, neste estudo, no cuidado em saúde

prestado institucionalmente nas unidades básica da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Manaus.

Dessa forma, nesta seção traçamos algumas considerações a partir das vivências das profissionais entrevistadas, frente às demandas na relação profissional-instituição com base no que prevê os Parâmetros para Atuação Profissional na área da Saúde.

No eixo que se refere às *ações socioassistenciais* se observa um conjunto de intervenções, que é estabelecida tanto institucionalmente, como pela demanda espontânea dos usuários de determinado serviço, neste caso, caracterizada pela: realização de estudos socioeconômicos, dos determinantes sociais de saúde, do conhecimento da realidade em *locus*, do fortalecimento dos vínculos familiares na promoção da saúde, na garantia dos direitos dos usuários ao buscar os serviços de saúde e na criação de rotinas da instituição como da profissão que garanta o acesso.

O estudo socioeconômico, elemento indispensável para qualquer assistente social, independente do espaço sócio-ocupacional que esteja inserida. É pouco realizado no âmbito das entrevistadas, 62,5% discordam muito da realização do estudo do perfil socioeconômico dos usuários das UBS's, isso quer dizer que para estas profissionais a atividade não é realizada, sendo apenas 1 (uma) a realizar, o que corresponde a 12,5% da amostra.

Na fala da *Assistente Social E* é possível identificar que a profissional tem uma preocupação em fazer o registro dos aspectos socioeconômicos, mas nesse sentido identificamos até mesmo a ausência de um instrumental próprio do serviço social, "Aqui eu só não trabalho com a ficha social". De modo que para que estes aspectos que geralmente constam como as condições de renda, sexo, escolaridade, faixa etária, habitação, saneamento, trabalho entre outros, sejam identificados a partir do dia a dia, faz-se fundamental um instrumental de registro dos mesmos.

Eu faço uma avaliação socioeconômica, mesmo que às vezes eu não relate no prontuário por questão de objetividade, por tempo, até porque eu trabalho por produção, pra dar conta do quantitativo de paciente diário que são (IDEM).

Nesta afirmação também fica evidente a falta de registro sistemático do perfil socioeconômico, o que pode comprometer a realização de estudos, dispensando

assim mais tempo das profissionais para fazer o resgate dessas informações, sendo que se estiverem já registradas podem potencializar a sua sistematização. Abaixo uma visão global da fala dela:

Eu não faço estudo específico, mais quando eu vou atender uma paciente. Por exemplo, essa paciente é do planejamento familiar, tudo isso aqui (prontuário) é atendimento, retorno. Aqui eu só não trabalho com a ficha social. Aqui não tem sistema de computador e telefone, aí é tudo no manual, então o prontuário é único: onde o médico escreve, escreve os outros profissionais. Dependendo do caso eu faço a minha entrevista e relato no próprio prontuário. Eu faço uma avaliação socioeconômica, mesmo que às vezes eu não relate no prontuário por questão de objetividade, por tempo, até porque eu trabalho por produção, pra dar conta do quantitativo de paciente diário que são 12, quantitativos de grupo que são no mínimo quatro por mês. Tu tens que atingir essa meta que você vai ser cobrada, então tu tens que trabalhar com inteligência, senão, não atinge a meta. Quando dá tempo eu faço esse relatório (Assistente Social E).

Para Graciano (2013, p.67) “o estudo socioeconômico deve ser o registro vivo do cotidiano dos usuários dos serviços, suas carências e estratégias de sobrevivência e resistência”. E assim, cumprir junto aos usuários o importante papel de conhecimento da realidade, e com isso ser propositivo junto às instituições com argumentos comprovados e registrados dentro de um arcabouço documental.

O reconhecimento da realidade dos usuários através do estudo socioeconômico é visível no comentário de uma das profissionais, “Eu entendo que não dá para fazermos nada com essa população sem conhecermos minimamente sua realidade (Assistente Social H)”. Uma vez que se o profissional não consegue realizar os elementos básicos na rotina institucional, corre o risco de sempre reproduzir o imediatismo.

O estudo socioeconômico também possibilitará o registro e estudos dos determinantes sociais que mais interferem na condição de saúde dos usuários, no capítulo II foi possível visualizar os indicadores do Disa Leste de Saúde, contudo é necessário observar que cada unidade de saúde pode apresentar quantitativos e peculiaridades diferenciadas diante as condições existentes em cada território.

O nível de concordância quanto à realização deste item ficou entre concordo pouco 62,5% e concordo muito 37,5% e, que sinaliza que também é uma ação que encontra limites. Como podemos visualizar nas falas das profissionais:

Registro tem, agora estudos (...) nós registramos o que temos, a estatística, tudinho. Mas não para pra fazer esse estudo que seria mais importante.

Porque não tem esse tempo para fazer. Eu mesmo tenho nos testes rápidos, que eu faço aconselhamento. E se eu tivesse esse tempo de fazer essas estatísticas, de fazer o perfil desse pessoal que faz o teste rápido, nós teríamos uma grande demanda pra fazer um projeto bem interessante sobre o HIV (Assistente Social A).

Registro nós temos, sim. Não fazemos muito estudo (Assistente Social C).

O que eu tenho são pequenas coisas que vamos escrevendo, mas eu não posso te dizer que é um estudo. Nós fazemos registros, mas você vai perceber a dificuldade de sistematização desse registro. É uma realidade vergonhosa, mas é uma realidade (Assistente Social H).

Os estudos dos determinantes sociais são uma inserção política e metodológica que vem se construindo e fazendo resistência dentro de um modelo que ainda perduram fragmentações no cuidado em saúde. Laurell (1982) salienta que o caráter histórico da doença vai além do estudo de suas características nos indivíduos, mas pelo processo que ocorre na coletividade humana. Para ela, “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo de adoecer e morrer nos grupos humanos” (p. 03).

A questão da saúde pública continua como uma expressão de questão social mesmo diante de várias conquistas no campo das políticas públicas. O que não se pode perder de vista é o movimento contraditório que cerca as políticas sociais como resultante de um projeto de sociedade desigual e injusta de corte neoliberal.

Com isso, é fundamental o profissional assistente social dar visibilidade a estes determinantes que de certa forma poderiam se tornar estratégias de inseri-los nos indicadores que visualizamos no Capítulo II e que os percebemos menos como agentes biológicos e mais como influências socioambientais.

Diante desses conhecimentos das determinações da saúde da população, se exige que o profissional também participe da *criação de ação institucional que facilitem o acesso dos usuários aos serviços de saúde*, neste item a concordância quanto a realização foi de 100% concorda muito.

Tento o máximo que eu posso, sentando com o diretor, com a diretora (...) teste rápido, eu sempre pergunto se é o segundo teste rápido. A menina estava grávida e é o segundo teste rápido e deu sífilis, aí a menina me repassa e deu reagente. Mas quando eu fui conversar com ela, eu vi que já era o segundo e eu perguntei: “No primeiro não deu?”. Ela disse: “Deu!”. Porque eu já ia fazer os encaminhamentos, ela estava no sexto mês. Aí eu disse: “E você já fez o tratamento? Ela disse que ainda estava com o exame do laboratório. Então a coloquei como prioridade pro médico e disse que ela só sairia daqui com medicação e encaminhamento para o tratamento. E

disse que se ela tivesse dificuldade, que viesse conversar comigo ou com a diretora e dei as orientações. Peguei a técnica que está trabalhando comigo e vamos já com a diretora. Temos que rever esse fluxo imediatamente, essa criança pode ter má formação, simplesmente, porque temos uma burocracia, estamos expondo ao risco as pessoas. E revimos isso para ela já sair daqui com o encaminhamento do tratamento. E dentro disso eu tento trabalhar dentro das minhas condições e possibilidades (Assistente Social H).

Para Faleiros (2013) as relações institucionais carregam um contexto político cultura, clientelista, patrimonialista e corporativista, sendo as relações de força caracterizada por favores. Diante disso, é fundamental que os profissionais busquem efetivar uma rotina na perspectiva do direito e no caso da política de saúde, como dever do estado e direito do cidadão.

O reconhecimento institucional do profissional assistente social também pode ser identificado em *rotinas específicas da sua atuação*: 75% concordam muito. 25% concordam pouco:

Nós fazemos nosso plano de trabalho. Mas nunca funciona como deveria (Assistente Social A, UBS Amazonas Palhano).

Tem sim. Percebemos que tinha muita coisa que poderíamos trabalhar, então fomos fazendo projetos. Por exemplo, agora eu estou coordenando dois grupos. Então... O que eu tenho de ação? Meus grupos, que eu trabalho junto com meus colegas. Então criamos essa rotina. Não é uma rotina do Serviço Social, mas é onde o Assistente Social está inserido (Assistente Social C, UBS Enfa. Ivone Lima).

Trabalho muito para que o Assistente Social extrapole aquilo que são demandas imediatas da população e demandas institucionais. Você olha para os parâmetros e aquilo que chega pra nós e eu digo não. Estabelecer um fluxo do trabalho do Assistente Social é como nadar contra a corrente, entendeu? O que vemos nos parâmetros é bem distante daquilo que tentam nos impor, que a instituição entende que o Serviço Social pode fazer, difícil (Assistente Social H).

O acolhimento das demandas dos usuários nas instituições também podem e devem extrapolar os atendimentos em consultórios, salas de atendimento. Com isso a importância das *visitas domiciliares*, que aproximam o profissional da realidade *in locus* dos usuários da saúde.

Para as participantes da pesquisa, este procedimento ainda é um desafio na rotina profissional. Quanto a essa realização, 37,5% concordam muito; 37,5% concordam pouco e discordam muito, 25%. Alguns profissionais só realizam se for

nas proximidades, se for demandado por outro serviço e também falta de condições como, recursos humanos e transporte.

Eu faço visita domiciliar, mas depende muito do paciente, quando ele mora aqui perto. E institucionalmente nós vamos começar a fazer por causa dos encontros, porque vamos ter que fazer o mapeamento da área todinha (Assistente Social A).

O Serviço Social ele vai às visitas quando é solicitado. Porque assim, nós trabalhamos com a Estratégia da Família, então nós temos várias equipes de saúde aqui. Como somos somente duas Assistentes Sociais, então nós não pertencemos a uma equipe específica, pertencemos à unidade. Então quando uma equipe demanda uma visita do profissional ou um próprio agente, nós fazemos a programação de visitas junto com os agentes, o médico e o enfermeiro (Assistente Social F).

É difícil fazer e quando faço é com as minhas condições, o que é um problema. Se eu tiver que fazer visita domiciliar, eu vou no meu carro. Não tem ninguém para ir comigo e, dependendo da área, é área de risco. Não tem carro da instituição. Sabemos que tem visita que precisa do acompanhamento médico. Temos que fazer toda uma logística, mas fica dentro do campo informal e isso pra mim é muito grave. Discutimos isso com as Assistentes Sociais nos encontros com as Assistentes Sociais da Zona Leste. Do Disa eles podem disponibilizar carro porque é muito importante, é uma técnica de trabalho do Assistente Social que tem todo um diferencial. Embora nós não sejamos estratégia, mas é parte do nosso fazer profissional. Mas não é fácil conseguir esse carro. Pode conseguir, mas tem que entrar numa fila de espera, só que a dinâmica da realidade que demanda essa visita domiciliar ela não espera muito (Assistente Social H (Assistente Social H)).

Entendemos que a profissional não reconhece como uma atribuição do nível de complexidade de saúde que está inserida.

Aqui não, lá no hospital sim. Aqui não muito. O usuário costuma vir aqui, porque aqui é atenção básica, nós trabalhamos com prevenção e prevenção. Se trabalha aqui em sala de espera, atendimento individualizado. Então não. Quem faz essa visita é enfermeiro de casinha (Estratégia da Família), nós atendemos aqui mesmo (Assistente Social E).

Para Ramos (2013), as visitas domiciliares na profissão já foram marcadas por um caráter fiscalizatório e coercitivo e, aponta que atualmente, faz parte da prática profissional e é entendida numa relação direta com a vida da população atendida, conhecendo hábitos, culturas, valores e condições socioeconômicas, um “banho de realidade”.

Ao questionarmos sobre o fortalecimento dos vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, assim se posicionam:

Quanto a realização, 62,5% concordam muito. Mas para alguns profissionais também o fortalecimento de vínculos foi relacionado mais a política de assistência social, contudo para a área da saúde é fundamental que as questões familiares sejam fortalecidas, por se tratar de situações que muitas vezes vão demandar cuidados constantes.

Boff (1999, p.91) aponta que “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida”.

Nós, sempre. Quando tem um paciente que precisa de um acompanhamento familiar, entramos em contato nem que seja pelo telefone ‘aperriando’ até a ‘criatura’ vir aqui conosco (Assistente Social A).

Tentamos ao máximo fortalecer, principalmente na roda de conversa com as gestantes (Assistente Social C).

Não, é CRAS. Às vezes sim, em casos que vemos distanciamento familiar e procuramos sim conversar. Nesse sentido, sim (Assistente Social E)

Quando existe uma questão da mãe ou do pai trazer uma demanda de família, fazemos primeiro o acolhimento. Não trazemos a primeira orientação, mas dependendo do que vemos naquela situação, ou encaminhamos para o CRAS, que temos dois no caso. E se for uma questão de vínculo já quebrado, do direito já violado, nós mandamos pro CREAS, temos um aqui também. Então fazemos a primeira recepção, depois vemos aquela demanda e dependendo daquilo, se realmente precisar de um acompanhamento mais específico, demandamos para instituições que nós já temos essas ligações, que faz parte da nossa linha de contato (Assistente Social F).

Quando trabalhamos com as grávidas, tem o atendimento individual. Uma vez por semana eu tenho que fazer o atendimento coletivo e nesse momento nós fazemos algumas reflexões sobre a relação com o outro, com a família, com o Bolsa Família também. Aqui fazemos a abordagem com os idosos e com a família também (Assistente Social H).

Quanto à garantia de direitos ao acesso dos serviços de saúde, o Código de Ética profissional prevê que o assistente social deve empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais. A totalidade dos profissionais concordam muito com a realização desta atribuição.

Esse é o sentido do meu trabalho aqui dentro. Se tem uma coisa que pode dá sentido ao trabalho do Assistente Social, do Projeto Ético Político, é isto. Que você consiga dialogar com a população, de modo que ela entenda-se sujeito de direito. Isso é o *status quo* da nossa profissão dentro desse espaço. Os panfletos que eu crio, as orientações, a sala de espera, o aconselhamento, eu tenho uma prévia. Onde eu trabalho essas questões com as grávidas, os direitos que tem, o antes o durante e o depois. Sempre dentro desta perspectiva. Embora eu entenda que a roda de conversa, as palestras, esse cotidiano no individual onde se trabalha essas orientações é pouco diante de um histórico de exclusão ou de deturpação dessa condição, enquanto sujeito social, enquanto sujeito de direito, é uma deturpação onde tudo converge contra, então, uma conversa, um diálogo, uma abordagem pontual tem pouco efeito. Então, a continuidade disso é um desafio (Assistente Social H).

Esta aponta as várias frentes de trabalho que a profissional, bem como faz análise crítica da condição de exclusão que se encontra os usuários que ela atende. E continua sua fala:

Eu posso fazer isso com o grupo de idosos e dentro do conselho local, que é uma frustração. Eu fiz parte do conselho local. Eu penso que o conselho local é o espaço onde essa coisa pode tomar força e uma força real. Só que quem é presidente, vice-presidente, as pessoas da comunidade que participam não entendem, o que é e angustiante. Você ter a concepção de uma coisa e você não conseguir que os outros entendam essa perspectiva. Eu entendo que é um trabalho muito lento, longo, e essa coisa do trabalho com as Assistentes Sociais e com as pessoas do Disa, gera em mim uma expectativa, que eu entendo que não é sozinha que eu vou conseguir, e sim com os meus pares, com os profissionais, com a comunidade, trabalhando e de pouquinho, vamos fazer uma caminhada. Vamos discutir, vamos levar os idosos pra escola pra discutir essa questão da violência contra o idoso, essas coisas (Assistente Social H).

Esta profissional reconhece a importância da participação no conselho gestor local, apontando sua fragilidade e desconhecimento do mesmo pelos seus responsáveis e participantes. E reconhece o caminho longo que necessita percorrer para chegar a contento nessa questão.

Para Faleiros (2013, p.60):

O acesso às políticas sociais básicas tem, hoje, pelo menos três problemas que precisam ser enfrentados; a garantia de acesso, a dependência da tutela, a inadequação à pluralidade de situações. A garantia do acesso às políticas básicas depende de condições mínimas de informação, apresentação pessoal, transporte, capacidade de falar, de requerer, entender o itinerário institucional, obter documentos, elaborar recursos das decisões. Assim, o fortalecimento do usuário ao acesso implica o trabalho social nas mediações da informação correta, do encaminhamento exato, da transparência do itinerário institucional, da defesa do usuário diante das recusas para uma operacionalização mais equânime da lei, para que se efetive uma política redistribuidora de acesso à terra, à habitação, às condições mínimas de vida.

No que concerne às ações socioassistenciais dos profissionais segundo os Parâmetros analisadas acima ficam resumidas na tabela abaixo:

Questões	Concordo muito	Concordo Pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
Realização de Estudos sobre o Perfil Socioeconômico dos Usuários da Unidade	12,5%	25%		62,5%	
Registros ou Estudos dos Determinantes Sociais que mais Interferem na Condição de Saúde dos usuários	37,5%	62,5%			
Criação de Rotina de Ação Institucional que Facilitem o Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde	100%				
Rotinas de Ação da Atuação Específica do Assistente Social	75%	25%			
Fortalecimento de Vínculos Familiares	62,5%	25%		12,5%	
Garantia dos Direitos dos Usuários do Serviço de Saúde	100%				
Conhecimento da Realidade do Usuário (Visitas Domiciliares e Institucionais)	37,5%	37,5%		25%	

Tabela 1 - Ações socioassistenciais/Parâmetros da Saúde CFESS/CRESS\* 100% da amostra correspondente a 08 sujeitos

Continuando a análise da prática profissional nas unidades de saúde, também se faz presente à competência profissional quanto a elaboração de planos e projetos, metade da amostra concorda muito com a realização e a outra metade discorda muito.

Elabora, só não é efetivado (Assistente Social A).

Não. Como estou te dizendo, nosso plano é do NASF, não do Serviço Social (Assistente Social C).

Bem, anualmente, eu procuro planejar as atividades anuais, então sempre faço um plano de trabalho, já visando mais ou menos o que eu vou fazer (Assistente Social D).

Tem planejamento. É dentro dos programas o que eu faço (Assistente Social E).

Tenho, sim. Tenho meu plano de trabalho. Tenho projetos de trabalho com os idosos, de trabalho com as grávidas, elaboro projeto do bolsa família. Alguém me pede isso? Ninguém me pede isso. Ninguém quer saber. A gestão quer só a quantidade de produção diária e só (Assistente Social H).

Referente a isso Mito e Nogueira (2003, p. 287) discorrem:

Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretenso valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas. Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico operativa. Possibilita, no campo da saúde, formalizar as relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos de ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersectorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e /ou previstos.

Na avaliação do Plano de Ação Profissional, 62,5% concordam muito com a realização da avaliação e 37,5% discordam muito, como uma delas que concorda se posiciona:

Sim, comigo mesma, porque não tem como e quando tem estagiário/a é muito legal que conseguimos fazer uma reflexão, eu consigo ver o meu trabalho junto com ela. (Assistente Social H).

Na participação junto à criação de protocolos, rotinas e/ou plano de trabalho da unidade 62,5% concordam muito, 25% discordam muito, 12,5% discordam pouco.

Algumas falas das que concordam:

Sim, mas não posso dizer que concordo muito. Não é todo ano, porque deveria ter todo ano. Todo início do ano ou fim do ano, todo mundo reúne para fazer o plano anual. Mas são raras vezes (Assistente Social A).

Da unidade, não. Do Serviço Social, sim. Por exemplo, a gestora quer fazer um banner do que oferecemos. Aí ela coloca em quê, que o profissional atua, o que o profissional está envolvido. Mas nos envolvemos sim, de alguma maneira. No relatório de gestão aparece muito o que fazemos. Gestão é pra mostrar o que um técnico de nível superior faz. Nós ajudamos com foto, com relatório (Assistente Social E).

Ativamente, com proposição inclusive. O ultimo diretor não gostava muito de reunião, não. Quando a gestão não tem essa coisa, embora o outro diretor fosse muito bacana, me dava muito espaço, muita coisa ele pedia orientação e ficávamos juntos, mas, assim, tem limites pra essa coisa porque isso é cabeça de gestão (Assistente Social H).

No que se refere à elaboração de avaliação de Plano de ação institucional de avaliação as profissionais assistentes sociais assim se posicionaram: 62,5% concordam muito, 37,5% discorda muito.

No caso você fala da gestora com os funcionários? Sim. Que aí se já fosse no DISA, que é acima, aí eu ia dizer que é mais difícil, que aí já vem as coisas de cima para baixo pra nós executarmos (Assistente Social D).

Não, o plano é mais macro. Eu trabalho especificamente no Serviço Social, no planejamento do que a secretaria pede do nível de campanha. Nos envolvemos nisso (Assistente Social E).

Ou seja, para estas profissionais o planejamento já vem pronto. Para Miotto (2008, p. 297):

A avaliação é a segurança e o procedimento que garante a confiabilidade do público-alvo e da sociedade em que se inscreve. Por parte dos profissionais, é o elemento que garante a visibilidade das ações profissionais e o impacto das ações no contexto nas quais se inscrevem.

A tabela seguinte resume as respostas a nível de concordância sobre Investigação, Planejamento e Gestão discutidas nesta seção.

Questões	Concordo muito	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
Elabora Planos e Projetos de sua Ação Profissional	50%			50%	
Participa Junto a Criação de Protocolos, Rotinas e/ou Plano de Trabalho da Unidade	62,5%			25%	12,5%
Realiza Avaliação do Plano de Ação Profissional	62,5%			37,5%	
Realiza Avaliação do Plano de Ação Institucional	62,5%			37,5%	

Tabela 2 - Investigação, Planejamento E Gestão

\* 100% da amostra correspondente a 8 sujeitos

As respostas das profissionais nos revelam que no caráter socioassistencial da relação do profissional com a instituição, há algumas ausências no direcionamento das informações da realidade dos usuários que são refletidas pela pouca realização estudos com o perfil socioeconômico e com os determinantes sociais, assim como a proximidade no *in locus* da realidade dos usuários.

Quanto ao planejamento de ações profissionais e institucionais, é perceptível a presença dos assistentes sociais nesse processo de construção dos serviços,

porém ainda se percebe nas falas expostas aqui uma presença secundária ou não participativa integralmente.

Mas os profissionais também realizam ações profissionais que tiveram destaque neste estudo, como a realização de criação de rotina facilitando o acesso, a garantia dos direitos sociais, com as especificidades da saúde, fortalecimento dos vínculos familiares.

### 3.2 A Prática Profissional do Assistente Social e sua Relação com os Usuários da Saúde do Disa Leste

A relação direta do profissional assistente social com a população é uma característica da profissão, reconhecida socialmente. Esta relação implica uma atuação legalizada com competências teórica – metodológicas- técnico-operativa e ético-política, com base nesses elementos formativos transversais que nesta seção dedicamos considerações a cerca da intervenção profissional através das ações socioeducativas e com destaque também para mobilização quanto ao controle social em saúde.

As ações socioeducativas são previstas nos Parâmetros do CEFESS/CRESS para saúde, como orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meios de abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários, famílias e população de determinada área programática.

As ações socioeducativas possibilitam o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, podendo ir além, no campo das necessidades da esfera pública, numa dimensão de transformação social e a formação de um pensamento crítico através das vivências do cotidiano (LIMA e MIOTO, 2011).

Diante a sensibilização quanto aos direitos sociais, 100% concordam muito com a realização desta ação. No código de ética profissional ela vem expressa como democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as. Como é possível visualizar na fala abaixo:

Esse é o sentido do meu trabalho aqui dentro. Se tem uma coisa que pode dá sentido ao trabalho do Assistente Social, do Projeto Ético Político, é isto. Que você consiga dialogar com a população, de modo que ela entenda-se sujeito de direito. Isso é o *status quo* da nossa profissão dentro desse espaço. Os panfletos que eu crio, as orientações, a sala de espera, o aconselhamento, eu tenho uma prévia. Onde eu trabalho essas questões

com as grávidas, os direitos que tem, o antes o durante e o depois. Sempre dentro desta perspectiva. Embora eu entenda que a roda de conversa as palestras, esse cotidiano no individual onde se trabalha essas orientações é pouco diante de um histórico de exclusão ou de deturpação dessa condição, enquanto sujeito social, enquanto sujeito de direito, é uma deturpação onde tudo converge contra, então, uma conversa, um diálogo, uma abordagem pontual tem pouco efeito. Então, a continuidade disso é um desafio (Assistente Social H).

O espaço comunitário também se faz primordial nas relações dos profissionais com os usuários, (projetos, debates, oficinas e outros) na área da comunidade foram destacados no nível de realização como:

A metade da amostra concorda muito com a realização dessas ações, que é identificado nas falas abaixo, quando alcançam escolas e com outras instituições, refletem uma ação próxima com os determinantes sociais que perpassam a vida dos sujeitos sociais.

Eu faço na escola. Inclusive queremos ampliar isso aí. Mas sempre tem campanha (Assistente Social A).

Com as mulheres, com o pessoal da universidade, o grupo olhar de águia. O grupo interação tem umas coisinhas que nós vamos fazendo. Uma intervenção, nesse mar (Assistente Social H).

Há profissionais que se referem a estas ações como uma atividade secundária, sendo 12, 5% discorda pouco da realização, mesmo reconhecendo a presença de público alvo. Na fala da profissional abaixo é identificada o uso da sigla DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), atualmente usa-se a sigla IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), a troca da nomenclatura do “D” por “I” se dá pelo Ministério da Saúde, por considerar que o período das infecções podem ocorrer assintomáticos, enquanto “doenças” implica sintomas e sinais visíveis no organismo, o que requer também dos profissionais atualização dos termos ao atuarem com estas demandas.

Na comunidade, não. Eles pedem muito para fazermos palestras, por exemplo, de DST em algum lugar, mas a diretora pede sempre para procurar a unidade mais perto. Eu faço, saio daqui, às vezes, para fazer teste rápido em algum lugar. Eu participo do PSE que é uma escola, lá eu atendo alunos, falo de gravidez, de prevenção de gravidez, de drogas e de DST. Que é um Programa Saúde da Escola do governo federal. A unidade aqui só é apoio, não é carro chefe. Nós só apoiamos (Assistente Social E):

Também há instituições que não realizam o que representou 25% dos que discordam muito:

Fora da instituição, não. Nós não temos esse canal ainda. Talvez num futuro próximo, creio que sim. Depois, com a abertura do conselho eu acho que essa possibilidade é bem certa de acontecer (Assistente Social F).

Nesse eixo ganham destaque às campanhas preventivas, que também são espaços de oficinas, palestras, sensibilização, assim as atividades socioeducativas nas campanhas preventivas, podem alcançar dimensões de proximidade com a população usuária, além de socialização dos direitos sociais. Das entrevistadas a totalidade concordam muito com a realização.

Contudo as falas mostram profissionais que visualizam como obrigação e outra fala que demonstra um uso de material já elaborado.

Essas sempre, somos obrigados (Assistente Social A).

Sempre. Planejamos juntos, aí vem o material que a assistência manda: camisa, panfleto, cartaz. Nós tivemos, recentemente, da hanseníase. Nós fazemos atividades em grupo, orientação, prevenção de tratamento de tudo, porque o objetivo das UBS é prevenção. Se trabalhar bem a Atenção Básica, se o usuário fizer realmente o que é pra fazer, não acaba na média ou alta complexidade. Vai viver com mais qualidade de vida. Trabalhamos muito a prevenção, mesmo. A roda de conversa tem que ser objetiva, tu vais falar, vai ouvir e depois vai anotar os nomes. Tem que saber o objetivo. Pra vacina não se trabalha a roda de conversa é mais nas outras campanhas (Assistente Social E)

Sim, é um espaço extraordinário. Acho que é onde o Serviço Social mais atua nessas campanhas e se tiver criatividade e entendimento do que esse espaço. E é o Assistente Social quem sempre está na organização. Amanhã vai ter a campanha de carnaval, vai ter o teste rápido e é o momento que eu vou aproveitar pra fazer a sala de espera e vamos falando dos direitos nesses espaços, teve as eleições (Assistente Social H).

É necessário levar em consideração os limites das ações socioeducativas. Lima e Miotto (2011) apontam que nem sempre a atividade pode desencadear um processo reflexivo, nem de uma identidade coletiva, muitas vezes as questões vão se limitar aquele momento específico do grupo, não alcançando as pautas públicas, mas que se tornam potenciais através de movimentos sociais ou conselhos de direitos.

Quanto à democratização das informações na Rede de Atendimento, 100% concorda muito. O código de ética profissional aponta como dever do assistente social “contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços

prestados”, na rotina da Assistente social E é possível perceber que a população usuária ainda desconhece muito.

[o usuário] não tem conhecimento. Na medida do possível contribuimos no consultório. O médico solicita: “Olha, o paciente está com uma mancha”. Dermatologista, nós não temos esse serviço aqui, não sei qual como o médico age, mas a obrigação dele é dizer que a UBS é básico. Mas acredito que ele (paciente) ainda não seja esclarecido sobre esse nível hierárquico do Sistema Único de Saúde. Por exemplo, nosso SISREG é limitado, não abre tudo para nós. Esse SISREG é um sistema de agendamento. Um médico daqui não pode pedir uma tomografia porque ele é clínico. Ele pode encaminhar para os outros especialistas, pró-especialista X. Mas o usuário, com toda certeza, não tem esclarecimento sobre esse nível hierárquico (Assistente Social E).

Tento fazer dentro daquilo que é possível, eu fiz um formulário pra eu fazer visitas institucionais, para poder orientar melhor. Vai pro CRAS... Mas o que é o CRAS? Para quê que ele serve? Criei alguns instrumentos para poder socializar e aí no nosso encontro de Assistentes Sociais, nas discussões, nós estamos fazendo um mapeamento da rede e dentro desse mapeamento conhecer um pouco melhor pra fazer os encaminhamentos devidos e principalmente orientar e esclarecer a população. O que é e quais recursos pode usar (Assistente Social H).

A elaboração e divulgação de material socioeducativo, que é uma ferramenta estratégica de alcance à população usuária sobre seus direitos e deveres no campo da saúde e é previsto nos Parâmetros.

Desta formam, 50% da amostra concordam muito com a realização de seu próprio material socioeducativo, mas há também questões que nos chamam atenção, quando os profissionais em 25% discordam pouco e 25% discordam muito da sua realização. Observamos nas falas, que por questões cômodas ou por falta de condições de equipamentos, alguns profissionais não criam materiais socioeducativos com base nas peculiaridades da sua vivência e dos determinantes em saúde.

Não. Se fosse reproduzir teria que sair do nosso bolso mesmo, senão vamos gastar a tinta todinha daqui. Só vem material de campanha, mesmo (Assistente Social A)

Já recebemos tudo. Tudo a assistência manda, aí já fica guardado. Quando não, tiramos xerox e guardamos (Assistente Social E).

Não faz, porque teria que sair do próprio bolso (Assistente Social G).

O espaço da sala de espera constitui-se como uma importante estratégia para intervenção junto aos usuários. As ações socioeducativas possibilitam o

fortalecimento da autonomia dos indivíduos, podendo ir além, no campo das necessidades da esfera pública, numa dimensão de transformação social e a formação de um pensamento crítico, através das vivências do cotidiano (LIMA e MIOTO, 2011).

Sala de Espera 62,5% concorda muito conforme a fala de uma delas:

Sala de espera fazemos sim, que é o pessoal que fica aí na recepção (Assistente Social A).

Enquanto 12,5% concordam pouco e o mesmo quantitativo discordam muito, sendo evidente na fala da assistente social D. A sala de espera são os espaços físicos nas quais os usuários da saúde aguardam seus atendimentos, são espaços que podem concentrar usuários com diagnósticos semelhantes.

Não faço, não gosto. Acho que as pessoas ficam muito dispersas. Você está falando aí vem a técnica e começa a gritar o nome pra chamar para o médico. Então você não consegue, você fica falando para as paredes. A sala de espera, não sei pra quem funciona, mas eu não gosto de trabalhar em sala de espera (Assistente Social D).

Atividades com grupo de usuário ou família de acordo com interesse desses grupos: 62,5% apontam concordar muito com a realização desses grupos.

Faço. Tenho um grupo de idosos. Tenho também o grupo de tabagismo. Eu que coordeno os dois (Assistente Social A).

Especificamente, não. Atualmente, fazemos atividade de grupo dentro das campanhas, nas salas de espera (Assistente Social E).

Também conseguimos. Quando existe alguma necessidade, por exemplo, grupo de idosos que reuníamos ano passado, falando sobre a aposentadoria, então mobilizamos os grupos de idosos próximos à nossa unidade. Eles vêm no dia determinado, só trabalhamos aquele grupo com aquela informação (Assistente Social F).

O trabalho com grupo de usuários é uma estratégia de trabalho muito utilizada na área da saúde. Outras experiências mostram a importância de atendimento em grupos, podendo ser uma estratégia positiva na promoção, proteção e controle de doenças e agravos, e ainda uma forma não apenas de compartilhar experiências, mas de ampliar as orientações e promover educação na saúde que muitas vezes não são suficientes nos atendimentos individuais (GARCIA *et al*, 2013).

De acordo com Bordenave (1994), a participação conduz a uma prática que envolve várias necessidades, como a interação com as pessoas, a autoexpressão, o prazer para criar e recriar e sentir-se valorizado por outrem.

Questões	Concordo muito	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
Sensibilização quanto aos Direitos Sociais	100%				
Ações (Projetos, Debates, Oficinas e Outros) na Área da Comunidade.	50%	12,5%		25%	
Atividades Socioeducativas nas Campanhas Preventivas	100%				
Democratização das Informações da Rede de Atendimento	100%				
Elaboração e Divulgação de Material Socioeducativo	50%			25%	25%
Sala de Espera	62,5%	12,5%		12,5%	
Atividades em Grupo Usuário/Família de acordo com Interesse desses Grupos	62,5%	12,5%		12,5%	

Tabela 3 - Ações Socioeducativas/Educação Em Saúde

As formas de participar formam um conjunto de interesses e condições políticas influenciadas em cada nível de gestão e localidade, que pode interferir expressivamente nos espaços para o exercício da cidadania, potencializando ou fragilizando as suas relações.

Neste sentido, os espaços do controle democrático são espaços potencializadores da participação da sociedade no planejamento e execução das políticas públicas, sendo o assistente um profissional de extrema importância na inserção e acompanhamento desses espaços.

Articulação com o Conselho Local de Saúde ou Municipal de Saúde, sendo espaços deliberativos e consultivos no que tange ao planejamento e execução da política pública de saúde, esta ação esteve presente em 50% na realização quanto ao nível concordo muito.

Sim, existe um conselheiro que cobra bastante (Assistente Social E).

Faço parte do Conselho Local, representante dos trabalhadores do SUS (Assistente Social F).

Os demais representam 12,5% para concordo pouco e 37,5% para discordo muito:

O Serviço Social, não. Eu até conheço (o conselheiro local), mas não estou sempre em contato (Assistente Social).

Olha, o conselho local agora que tão formando, então não. Eu sei que la tem, mas articulação, não (Assistente Social C).

Diante disso, Nogueira (2005, p.130) expressa “quem participa procura projetar-se como sujeito que porta valores, interesses, aspirações e direitos: constrói assim uma identidade, formula uma teoria para si e traça um plano de ação”.

No campo da saúde a participação sociopolítica para o controle social possui uma trajetória histórica de lutas, que se expressam desde o movimento de Reforma Sanitária que foi fundamental para a construção do SUS, até os dias atuais visto os desafios conjunturais e de gestão.

O que demonstra que o campo da saúde, foi motivador de reivindicações e lutas para efetivação de serviços de saúde pública e de qualidade para população, com a criação do SUS as lutas não cessam, pois, a efetivação da legislação que fundamenta a Política de Saúde no Brasil necessita de muitos avanços.

Diante disso, as formas de participar formam um conjunto de interesses e condições políticas influenciadas em cada nível de gestão e localidade, que pode interferir expressivamente nos espaços para o exercício da cidadania, potencializando ou fragilizando as suas relações.

O que se faz necessário no trabalho com projetos ou ações que potencializem a mobilização e participação dos usuários nos espaços de controle democrático, 12,% concordam muito com a realização.

Eu até falei com a diretora, se não poderíamos trabalhar corretamente como tem que ser, eu me recuso a continuar nisso, de verdade. Nesses dois anos que nós passamos, eu tentei que nós, pelo menos, reuníssemos pra pensar nas nossas estratégias, uma dificuldade. Até na minha sala tem umas fotos. Mas quando nós começamos, fizemos reunião, fizemos abaixo assinado com o pessoal da comunidade, por questão de segurança na unidade que é uma questão muito grave aqui. A unidade já foi assaltada, muitas daqui já foram assaltadas e não tem uma iniciativa. Colocam só as câmeras, mas isso realmente não consegue. Nós estamos todos expostos, o pessoal da comunidade também, fomos pró-conselho municipal pra defender a pauta e tudo mais, mas não deu em nada, acredita? (Assistente Social H).

Os demais representam 25% concordo pouco, 37,5% discordo muito, 25% discordo pouco.

Assistente Social C (UBS Enfa. Ivone Lima): As ações têm. A diretora, como ela é Assistente Social, está sempre conversando com as lideranças. Mas isso não é o Serviço Social, é a gestora quem faz. Eu particularmente não faço, deveria fazer, mas não faço. É, ainda estamos tentando. Esse aí é pouco (Assistente Social D).

Eu acredito agora que com a implantação do conselho, nós vamos conseguir fazer, elaborar e implementar esses projetos. Nós fomos eleitos, praticamente, semana passada. Somos muito recentes, com muita vontade de fazer. Entendemos que vão haver algumas delimitações, mas temos muita vontade de fazer o melhor que pudermos. Então creio que esses projetos estão dentro do nosso planejamento futuro (Assistente Social F).

Aqui não, mas lá no DISA (distrito de saúde), sim. Ela trabalha com essa parte de controle social (Assistente Social E).

Não existem projetos, que sejam seguidos, que façamos isso toda semana, mas acontece (Assistente Social G).

Boa parte das falas exprimem certo distanciamento deste envolvimento com o controle social, que para uma profissão quem tem seu projeto ético político projetado para efetivação da cidadania se torna um agravo. Contudo, este tipo de envolvimento também faz parte de uma trajetória coletiva, que implica se reconhecer nas diversas formas de participar, que implicam posturas políticas, que irão depender da conjuntura vivenciada por determinada sociedade, pode-se participar para conservar as relações já existentes, e pode-se participar para modificar/transformar estas relações.

CATEGORIAS	Concordo muito	Concordo pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
Articulação com o Conselho Local de Saúde ou Municipal de Saúde	50%	12,5%		37,5%	
Projetos ou Ações que Potencializem a Mobilização e Participação dos Usuários nos Espaços de Controle Democrático	12,5%	25%		37,5%	25%

Tabela 4 - Mobilização, Participação e Controle Social

As ações socioeducativas se revelam nas falas das assistentes sociais como aspectos que dão solidez e visibilidade a prática profissional do assistente social na saúde, porém ainda perduram práticas e posicionamentos que se encontram na contramão do projeto ético político. É perceptível, algum distanciamento com questões que permeiam a visibilidade profissional e seu significado sócio-histórico, como a aproximação da realidade da população usuária e estratégias de intervenção diante de suas demandas.

### 3.3 Avanços e Desafios da Prática Profissional do Assistente Social na Equipe de Saúde da Atenção Básica

As equipes de saúde têm papel imprescindível no atendimento às necessidades dos usuários de saúde. A produção de serviços em saúde perpassa um conjunto de saberes multiprofissionais e interprofissionais, associado a processos e tecnologias, organizados na oferta de certos produtos e no resultado representado na melhoria de saúde do usuário.

A prática de saúde configura-se numa postura ética e de dever numa instância de contratualidade. O cuidado vai além da prática de assistência individualizada ou coletiva dos profissionais da saúde para com os usuários. A dimensão do cuidado está diretamente associada ao princípio da integralidade, articulando a relação do usuário em todo o seu itinerário no sistema de Saúde.

Com isso, buscamos identificar a percepção das assistentes sociais na realização com a equipe de saúde sobre o direcionamento para a solução e atendimento das necessidades dos usuários e como percebem a atuação de equipe interdisciplinar.

Atuações que são decididas somente no momento em que são solicitadas, o que demonstram uma rotina institucional com saberes particularizados que se encontram em situações específicas e não como um planejamento.

É na hora, de imediato. Por exemplo, o médico está ali, com um paciente. Ele identifica que precisa de uma orientação previdenciária, ou que sofreu um acidente de trabalho, ou alguma orientação, aí ele direciona para o Serviço Social esse tipo de serviço [...], Então direcionamos de imediato. Não tem uma reunião, não temos esse tempo para parar para falar de um caso, não tem, infelizmente, não tem. (Assistente Social A)

Surgindo alguma situação, vamos supor, do Serviço Social, que dependa de um outro profissional, tem essa comunicação entre os profissionais, entre os

setores. Então, chegou aqui alguma situação? Eu entrego para a enfermeira, para o setor de vacina. A enfermeira leva para o setor que possa resolver, tenta resolver e da mesma forma os demais profissionais também. Chegou para eles alguma situação? Encaminha para o Serviço Social. Assim, temos essa conexão para tentar solucionar. (Assistente Social D).

Na experiência das assistentes sociais é assinalada a participação de um processo em equipe e apontada uma rotina e procedimentos de condução, como reuniões, discussão de caso. Como visualizados nas falas a seguir:

No NASF, ele (gestor) conversa bastante sobre esses desafios. Normalmente nós, do NASF, nos reunimos, entre nós, e usamos aqueles instrumentais mesmo de gestão. Identificamos problemas, identificamos solução, construímos fluxos de atendimentos. As reuniões que fazemos é basicamente esse processo: construímos os planos, os relatórios. Procuramos utilizar mesmo desses instrumentais de gestão (Assistente Social B)

O nosso trabalho, segundo o que está posto no caderno do NASF, mandado fazer pelo Ministério da Saúde é que trabalhemos todo tempo junto à ESF. Nós temos as reuniões de matriciamento, com a equipe da ESF (os médicos, enfermeiros, ACS's) e eles colocam toda a situação do paciente. Vamos supor que aquele paciente esteja com problema de hiperdia, diabetes, pressão alta, um exemplo, quando pegamos casos mesmo, aquele caso social, aí a demanda é pela ESF (Assistente Social C)

A gente atua nos programas e tem a participação de toda a equipe: o médico, o enfermeiro, o assistente social. Aqui é UBS. Não tem psicólogo, nem nutricionista. Mas quando precisamos para uma campanha, solicitamos e eles vêm para nos ajudar. Mas, por exemplo, aqui nós fazemos programas e é claro, temos que atuar em equipe. Eu e o enfermeiro, atuamos junto no Planejamento Familiar, junto com a médica também, no teste rápido que é o CTA, DST. Tudo a gente trabalha em equipe. Sempre discutimos para planejar uma campanha. Campanha do carnaval, sentamos agora para planejar, eu e o enfermeiro. Sentamos, planejamos e depois levamos para ela (gestora). Fizemos uma reunião para ela dar as opiniões dela. Sempre, a gente sempre organiza a equipe. Cada um tem um olhar diferente, cada um: "Eu fiz isso"; "Eu acho isso"; "O que tu acha disso?" (Assistente Social E)

Nós nos encontramos assim: quando existe uma demanda muito elevada ou quando existe um problema a ser solucionado pela equipe, geralmente é com os médicos (Assistente Social F)

Sobre esta questão, Gomes *et al* (2010, p. 35) explicitam que:

O trabalho em equipe passa a ser pautado em relações de legitimação do outro, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber dos diversos trabalhadores da equipe e dos usuários do serviço emergem como coprodutores das práticas de saúde. Aceitar o outro como legítimo é perceber suas qualidades, potenciais e desejos, mas também seus defeitos, limites e angústias. É perceber até aonde a ação de cada um pode e deve

ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde e a importância de todos eles para eficácia dos serviços.

Ainda perduram processos de cuidado que não ultrapassam as relações do atendimento individualizado, a equipe aponta que se comunica uns com outros nas relações de problemas enfrentados pelos usuários, mas sem planejamento.

É bem difícil. Não tem esse tipo de atendimento multiprofissional, não. Geralmente, os servidores, cada um na sua especificidade atua, sozinho, que não é o certo, nós sabemos. Mas, em alguns casos, a Assistente Social e enfermeiros, sim, conseguem atuar de uma forma conjunta. Mas com a equipe médica, não, já é algo realmente bem afastado (Assistente Social G)

A equipe não tem nenhum tipo de trabalho (falo isso com muita tristeza no coração, mesmo) que trabalhe na orientação, na prevenção, que faça essa relação entre a criança está com verminose e que a cada ano quando ela retorna, encaminhada porque é do Bolsa Família, vai ter que fazer os exames de rotina, com as mesmas verminoses. Nunca é feita uma reflexão da equipe que diga que isso tem a ver com saneamento, vamos discutir com a população, vamos encaminhar isso para uma reflexão dentro do Conselho local, vamos chamar a população para rever isso. É muito pontual, e o encaminhamento é o mesmo: "Receita pra você e vai pra lá! Isso não tem a ver comigo". Infelizmente, a equipe atua isoladamente (Assistente Social H).

Duarte (2014) quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será pensar sobre ele. E neste aspecto, muito dos trabalhadores da saúde, incluindo os da área de serviço social, apresentam dificuldades como limite da própria dinâmica como está organizado o trabalho em saúde, suas demandas, fluxos, sobrecargas, tensão, conflitos.

Na perspectiva das ações de articulação interdisciplinar ou interprofissionais o quadro abaixo e as falas das assistentes sociais irão indicar a frequência de demandas que não são competência do assistente social, mas que chegam até ele, o entendimento da equipe de saúde sobre a atuação deste profissional dentro de uma unidade de saúde, visto que este profissional ocupa um leque de espaços sócio-ocupacionais e como se estabelece a relação entre estes profissionais no atendimento e cuidado a saúde.

Questões	Concordo muito	Concordo Pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
Frequências de Demandas por outros Profissionais de Saúde que não são Competências dos Assistentes Sociais	62,5%	12,5%			25%
Entendimento do que é o Serviço Social pela Equipe.	37,5%	25%		12,5%	25%
Serviço Social atuando de Forma Interdisciplinar com a Equipe da Unidade	75%	25%			

Tabela 5 - Ações de articulação interdisciplinar  
Total de 100% equivale a 08 sujeitos

Neste aspecto da interação com outros profissionais, no que tange ao entendimento do que é o Serviço Social pela Equipe, na percepção dos profissionais, ainda falta entendimento das atribuições e competências. Mesmo a profissão tendo esse espaço de atuação historicamente, se faz necessário iniciativas profissionais e institucionais que possibilitem uma compreensão e aproximação dos diversos saberes que atuam nas equipes multiprofissionais de saúde.

Agora que eles estão compreendendo mais (Assistente Social A).

Eu acredito que eles não sabem quase nada, porque eles não tem nenhum interesse em saber. Eles estão aí, aprendendo todo dia um pouco. Mas é importante, por isso que chega muita demanda aqui que não é pra gente. Mas acredito que eles não sabem não o que fazemos. Pelo contrário: acham que somos muito de conversa. Nosso trabalho não aparece materialmente, não é um curativo, não é uma cirurgia. E mesmo quando eles não sabem resolver, eles mandam pra cá porque sabem que aqui vamos direcionar (Assistente Social E).

Eu acredito que tem pouco entendimento, e eu acho que deveria investir mais e deixar mais claro isso, mas a nossa equipe trabalha muito pouco em equipe. É cada um fazendo o seu. O que o Serviço Social faz? Aí que não sabe mesmo (Assistente Social H).

Com essa preocupação o (CFESS, 2014), manifesta:

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e plano de trabalho.

Frequências de Demandas por outros Profissionais de Saúde que não são Competências dos Assistentes Sociais, 62,5% concordam muito com a chegada de atribuições diversas ao exercício profissional.

Com certeza, um dia desses chegou um caso, que a médica pediu pra eu ver o CID de uma doença, sem noção. São casos assim que tem que ter o olhar da Assistente Social, eu não faço tudo. Eu faço aquilo que é específico na minha área. E tem gente que só pra não ter inimizade aceita (Assistente Social E)

Na verdade chega pouco. Às vezes, o médico encaminha, coisa que ele deveria ter resolvido que é da área dele e que eu não tenho como fazer. Mas isso não é tão frequente, não. Tem a enfermeira que encaminha, mas são coisas que nós já fechamos, de demandas que podem ser encaminhadas, entendeu? Já conversei mais ou menos com o médico, tem poucas demandas, a equipe encaminha pouco (Assistente Social H)

É visível na fala da Assistente Social H que algumas estratégias também podem ser traçadas para ir avançando nestas questões. Como um canal de comunicação que possibilite diálogos, esclarecimentos e acordos.

É necessário revisar as atuações que conduzem a uma atuação pragmática, institucionalizada e rotineira. O Planejamento, a avaliação e postura ético-política são fundamentais para sinalizar mudanças e avanços tanto no trato com a população usuária, como nas equipes multiprofissionais.

De acordo com Martinelli (2007), a ética do cuidado no campo da saúde, deve ser encarada como um aspecto fundamental para guiar a prática profissional do assistente social, tendo alguns recortes importantes como o processo de emancipação dos sujeitos com os quais trabalham o exercício profissional humanizado a partir do projeto ético político e a interdisciplinaridade.

O projeto ético político da profissão encontra no cotidiano o espaço para a concretização. Baptista (1995) ao abordar a produção de conhecimento social contemporânea expõe pontos que nos ajudam a pensar o cotidiano das intervenções profissionais.

A especificidade que particulariza o conhecimento produzido pelo serviço social é a inserção de seus profissionais em práticas concretas. O assistente social se detém frente às mesmas questões que outros cientistas sociais, porém o que diferencia é o fato de ter sempre em seu horizonte um certo tipo de intervenção: a intervenção profissional. Sua preocupação é com a incidência do saber produzido sobre a sua prática: em serviço social, o saber crítico aponta para o saber fazer crítico (p. 89).

Nesse campo da intervenção Vasconcelos (2008) chama atenção para que os assistentes sociais na saúde tenham clareza dos seus referenciais éticos-políticos e a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que rompa com o conservadorismo percebendo o movimento da realidade e a totalidade social, “gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática” (p. 253).

Para Bravo e Matos (2008) o trabalho do assistente social na saúde deve ter tanto o projeto ético político da profissão, quanto o projeto de reforma sanitária, como requisitos importantes para o reconhecimento da profissão enquanto profissional que dá respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do assistente social nasce e continua a se reproduzir em uma sociedade desigual. Ao falar de desigualdade é imprescindível pontuar que estas não são características únicas do modelo de sociedade atual, mas toma ênfase na emergência do sistema capitalista. Tendo na questão social a sua principal expressão.

A questão social para o assistente social tornou-se o objeto da profissão, reconhecida tanto por teóricos desta área profissional, como pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), esta categoria conceitual se destaca no “perfil dos formandos” como profissional capacitado para atuar nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento.

Com isso o campo da saúde é um espaço de conquistas de direitos e desafios aos profissionais, tanto pelo campo da efetivação do projeto profissional, quanto pelo cenário que envolve as políticas sociais no Brasil e o SUS por todos os desafios históricos de acesso.

Este trabalho se propõe a tecer algumas considerações a respeito dos objetivos que se propôs na análise da prática profissional dos assistentes sociais no Disa Leste de Manaus.

O processo de municipalização da saúde em Manaus tem elementos pendentes quanto ao processo de ordenamento dos serviços entre Município e Estado que estendem historicamente, contudo os serviços municipais vêm sendo construídos e o processo de regionalização e hierarquização, também vão encontrando possibilidades na experiência dos distritos sanitários de saúde e a atuação dos territórios de saúde.

Desta forma, para os profissionais de saúde o espaço da atenção básica é de limites e possibilidades na relação com o cuidado em saúde. Assim, tecemos considerações a partir da prática profissional dos assistentes sociais.

A visão dos assistentes sociais sobre a sua formação em saúde na graduação é que a maior parte das assistentes sociais tiveram disciplinas, estágios e outras formações complementares que trataram da política de saúde, mas salientam que sentiram algumas ausências quanto a inserção nos espaços sócio-ocupacionais da

saúde e até mesmo de atribuições do profissional assistente social. Mas através da busca por qualificação, foram conseguindo encontrar estratégias para qualificar a sua intervenção na área da saúde.

Tendo como referência os parâmetros do CFESS/CRESS para saúde foi possível conhecer as relações que os profissionais estabelecem com a instituição empregadora, com os usuários da saúde e com a equipe.

Na relação com as intuições são identificadas potencialidades na garantia de criação de rotina facilitando o acesso e garantia dos direitos sociais, com as especificidades da saúde e fortalecimento dos vínculos familiares. Contudo, no aspecto da sistematização, estudos e registros do perfil socioeconômico dos usuários e dos determinantes que mais influenciam as condições de saúde ainda há pouca realização. E pouco se extrapolam as demandas para além da instituição.

Na relação direta com os Usuários que são atendidos no Disa Leste, as respostas profissionais que os assistentes sociais tem dado a estes usuários, se referem de forma significativa e participativa no processo da educação em saúde, nas ações de palestras, salas de espera, trabalho com grupos, campanhas preventivas, mas no aspecto da mobilização quanto ao controle social se percebeu um distanciamento na articulação dos espaços colegiados, como os conselhos de saúde e com ações que potencializem este tipo de participação colegiada.

E por fim, evidenciar as relações profissionais nas equipes de saúde do SUS e de modo especial na atenção básica, sendo este espaço multiprofissional, ainda possui limitações no aspecto metodológico para se construir linhas de cuidado que extrapolem os contatos profissionais pontuais e se tornem espaços planejados e de decisão interprofissional.

Com isso, apontamos algumas proposições: a necessidade de uma distritação que atenda a realidade dos determinantes sociais do território das UBS's. Funcionamento do Conselho gestor local e Conselhos dos Disa's preconizando a participação dos usuários e comunidade adstrito, bem como dos profissionais e gestores.

Necessidade de uma distritação que atenda a realidade dos determinantes sociais do território dos UBS's. Funcionamento do Conselho gestor local e Conselhos dos DISA's preconizando a participação do usuários e comunidade adstrito, bem como dos profissionais e gestores.

No caso do Serviço Social, criação de plano de ação incluindo a demanda profissional e institucional tendo em vista a necessidade da população; educação permanente a todos os profissionais, aprofundando a dimensão profissionais de saúde e os determinantes sociais.

## REFERÊNCIAS

- ABESS. **Proposta básica para o Projeto de Formação Profissional**. Serviço Social e Sociedade, nº 50. Ano XVII, abr. 1996.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. (Coleção Temas em Saúde).
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, volume 1, série Saúde e Cidadania, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2003**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2004. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2003.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2003.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2004**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2005. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2004.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2004.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2005**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2006. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2005.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2005.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2006**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2007. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2006.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2006.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2007**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2008. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2007.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2007.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2008**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2009. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2008.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2008.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2009**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2010. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2009.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2009.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2010**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2011. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2010.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2010.pdf)
- AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2011**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2012. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2012.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2012.pdf)

AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2012**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2013. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2012.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2012.pdf)

AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2013**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2014. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2013.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2013.pdf)

AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2014**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2015. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2014.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2014.pdf)

AMAZONAS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2015**. Departamento de Planejamento. Manaus: SUSAM, 2016. Acesso em 03/12/17. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2015.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2015.pdf)

BAPTISTA, Myrian Veras. **A produção do conhecimento social contemporâneo e sua ênfase no serviço social**. In: Cadernos ABESS. A produção do conhecimento e serviço social. nº 5. 1995.

BARATA, Rita Barradas. **Condições de Saúde da População Brasileira**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Lígia Giovanella (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATTINI, Odária. **Atitude investigativa e prática profissional**. In: A prática profissional do assistente social: teoria, ação. Construção de conhecimento, Myrian Veras Baptista, Odária Battini (orgs). São Paulo: Veras, 2009.

BENTES, NORMA. Manaus: realidades e contrastes sociais. 2ed. Manaus: Valer e Fapeam, 2014.

CAMPOS, FE; AGUIAR, RAT; BELISARIO, SA. **A formação superior dos profissionais de saúde**. In: Giovanella, L. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v.79, 2004, p. 108-132.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Retratos da Atenção Básica – 2012**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nº 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 29 de julho de 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratosab3vol1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Acesso em: 29 de julho de 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde).

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 15, de 13 de março de 2002. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. **Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social**. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 33. Brasília, publicado em 9 de abril de 2002.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Acesso em: 16 de maio de 2016. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Motas et al (orgs). 3 ed. Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Lígia Giovanella (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Gestão Social e Trabalho Social: desafios e percursos metodológicos**. São Paulo: Cortez, 2014.

CARVALHO, José Murilo de. In: **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A **organização do sistema de saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). Bases da saúde coletiva. Londrina: Eduel, 2001.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Bung. **Formação e Educação em Saúde. Aprendizados com a saúde coletiva.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2009.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. **Intervenção Sanitária na Saúde e Doença: o avanço das discussões.** In: Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico. CANESQUI, Ana Maria (org). São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária.** Lua Nova n 19, novembro, 1989. Curriculares para os cursos de Serviço Social. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

COUTO. Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DUARTE, Marco José Oliveira. **Processo de Trabalho em Saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde.** In: Política de Saúde Hoje: Interfaces e Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Marco José Oliveira Duarte et al (orgs). Campinas: SP, Papel Social, 2014.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde.** IN: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy (organizadores). 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Avaliação da implementação do programa de saúde da família em grandes centros urbanos.** Relatório Final /Manaus. 2002. Pesquisa em: 08 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/1%20Capa%20MANAUS%20-%20Relat%C3%B3tio%20Final.pdf>

FLEURY, Sônia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):743-752, 2009. Acesso em 15/09/15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_abstract&tlng=pt)

FOUCALT, Michel. **O nascimento da medicina social.** In: Microfísica do Poder. Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. **“Na prática a teoria é outra?”** In: Serviço Social: Temas e Contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

GARCIA AAM, YAGI HG, SOUZA SC, Odoni CPA, Frigério MR, Merlin SS. **Atenção a Saúde em Grupos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006. Acesso em: 17 de fevereiro 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/v14 n.2.pdf>

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Lúgia Giovanella (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GUERRA, Yolanda. **O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas**. In: A prática profissional do assistente social: teoria, ação. Construção de conhecimento, Myrian Veras Baptista, Odária Battini (orgs). São Paulo: Veras, 2009.

IAMAMOTO, Marilda; Raul de Carvalho. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 25ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de Capital e Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2ed. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Acesso em 10 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IANNI, Octavio. **A questão social**. In: A ideia de Brasil moderno. São Paulo: Brasiliense, 2004.

JACOBI, Edilson Nunes; KARSCH, Úrsula S; COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 6ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KRUGER, Tânia Regina. **O Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS**. Rev. Serviço Social & Saúde. UNICAMPI Campinas. V.9, n 10, Dezembro, 2010.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva e BALDOW, Letícia Orlandi. **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional**. Katályse, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In: La salud-enfermedad como processo social. Revista Latino Americana de Salud, México, 2, 1982. P 7-25. Tradução. E.D. Nunes. Disponível em: <https://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

LAURELL, Asa Cristina. **Para um novo estado de bem estar na América Latina**. Lua Nova. Nº 45, 1998.

MANAUS. **Relatório de Gestão SUSAM – RAG 2015**. Manaus: SEMSA, 2015. Acesso em 19/06/17. Disponível em: <http://cmsmanaus.blogspot.com.br/2017/04/relatorio-anual-de-gestao-rag-2015.html>

MANAUS. **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 - 2017**. Acesso em: 04/06/17. SEMSA, 2014. Disponível em: [http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017\\_APROVADO\\_CMS\\_RESOL.096-DE-27.12.2013\\_COMPLETO.pdf](http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf)

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas**. Serviço Social e Saúde. Campinas. Nº 6, v.6, maio de 2007.

MARTINS, Aline de Carvalho e MELO, Fernanda dos Reis. **Gênero: dimensão fundamental da saúde humana**. IN: Serviço Social e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Leticia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas. SP: Papel Social, 2013.

MATTOS, Rubem Araújo de. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Matos (orgs.) 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. IN: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy (organizadores). 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde**. IN: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy (organizadores). 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **O debate do serviço social na década de 90**. In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Cinco notas a propósito da questão social**. Revista Temporalis. Brasília: ABEPSS, Graffiline, 2001.

NICOLAU, Maria Célia Correia. **Formação e fazer profissional do assistente social: trabalho e representações social**. In: Serviço Social e Sociedade, n 79, ano XXIV-setembro de 2014.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**.

In: Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Motas et al (orgs). 3ed. São Paulo: Cortez; Brasília Df: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NUNES, Everaldo Duarte. **A doença como processo social**. In: Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA. Raimunda Nonato da Cruz. **O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 106, p. 267-283, abr./jun. 2011

OLIVEIRA. Simone Eneida Baçal de Oliveira. **Conhecimento e Prática Profissional: o saber fazer dos assistentes sociais em Manaus**. Manaus: EDUA, 2009.

OLIVEIRA. Raimunda Nonato da Cruz. **O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 106, p. 267-283, abr./jun. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PASCHE, DF. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. Cadernos Humanizausus. Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2010. Volume 1.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador**. IN: Escola Politécnica de Saúde. Joaquim Venâncio (org.) Textos de apoio em Política de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde**. IN: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Matos (orgs.) 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Tradução de Fanny Wrobel. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000 – 12ª Reimpressão.

Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social Diurno. Departamento de Serviço social/Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2009.

RAMOS, Adriana. **Instrumentos e técnicas do trabalho do assistente social: notas para uma reflexão crítica**. IN: Serviço Social e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Letícia Batista Silva e Adriana Ramos. Campinas. SP: Papel Social, 2013.

RAMOS, Samya Rodrigues. **A construção de projetos coletivos: refletindo aspectos do projeto profissional do serviço social**. Temporalis. Brasília: ABEPSS. Ano 3, n 5. Jan/jun. 2002.

REZENDE, ILMA. **Serviço Social: sua especificidade como profissão prática-interventiva**. In: Serviço Social e Políticas Sociais. Ilma Rezende e Ludmila Fontenele Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Acesso em: 29 de julho de 2016. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

SÁ, Jeanete Liasch Martins de. **Conhecimento e Currículo em Serviço Social: análise das contradições**. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SERRA, Rose. **A questão social hoje**. Questão Social e Serviço Social. Ser Social (6), 2000.

SILVA, Márcia Perales Mendes et al. **O Serviço Social em Manaus: caracterização profissional e institucional**. In: O Assistente Social e as mudanças no mundo do trabalho. Manaus Márcia Perales Mendes; VALLINA, Kátia de Araújo Lima (org.). EDUA, 2005.

SILVA, Márcia Perales Mendes. **Serviço Social: da formação acadêmica ao exercício profissional**. Manaus: EDUA, 2015.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Relatório Anual de Gestão – 2014**. Departamento de Planejamento. Manaus, 2015.

SCHRAIBER, Lilia Bima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Necessidades de Saúde e Atenção Básica. Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**, Lilia Bima Schraiber; Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Maria Inês Nemes. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Lígia Giovanella (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e Práticas Democráticas**. In: Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Motas et al (orgs). 3ed. São Paulo: Cortez; Brasília /DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

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

SCHRAMM, J. M. A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004

UCHÔA, Roberta. **Resultados da Pesquisa Serviço Social e Interfaces com a Saúde: o ensino da saúde da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil.** *Temporalis*. São Luiz. Ano 1, nº1, (jan/jun 2000).

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **A questão social no contexto da globalização: o caso latino americano e o caribenho.** In: *Desigualdade e a questão social*. Robert Catel, Luiz Eduardo W. Wanderley, Mariangela Belfiore-Wanderley (orgs.). 2 ed. São Paulo: EDUC, 2000.

## APÊNCIDE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- TCLE



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_ para participar da pesquisa referente ao Projeto intitulado: **Atribuições e Competências do Assistente Social no Cuidado à Saúde do Usuário da Atenção Básica do Disa Leste de Manaus**, de responsabilidade da pesquisadora **Josiara Reis Pereira**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, localizado no Setor Norte do Campus Universitário no Instituto de Ciências Humanas e Letras, no endereço: Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 – Coroadó, pelo telefone (92) 3305-4579 / 991289265, email: ppgss@ufam.edu.br e de sua orientadora **Profa. Dra. Yoshiko Sasaki** no mesmo endereço citado acima.

Este Projeto de Pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as atribuições e competências do assistente social no cuidado à saúde do usuário da atenção básica no Disa Leste da cidade de Manaus.

A referida pesquisa será desenvolvida através da realização de Entrevistas Semiestruturadas e registro fonográfico. Destacamos que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará por meio da concessão de 01 (uma) entrevista com a autorização prévia para o uso de gravador, todavia, se isto representar algum tipo de incômodo, não o utilizaremos, lançando mão da escrita para que as informações sejam registradas.

Sua participação é voluntária e você terá plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento no decorrer na pesquisa. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração.

Informamos que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos que estão ligados a danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais. Nesta pesquisa pode ocorrer algum desconforto ou constrangimento caso alguma questão do roteiro de entrevista remeta a situações e acontecimentos da rotina institucional que lhe tenham causado algum dano ou elemento potencializador. Sendo que tais riscos serão trabalhados para que não ocorram. Mas caso aconteçam os responsáveis por essa pesquisa se comprometem em imediatamente encaminhar os sujeitos a profissionais e instituições capacitadas para sua plena recuperação e assistência integral.

Comprometem-se ainda a assegurar o direito a indenizações e cobertura material para reparação de qualquer dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa ou de seu acompanhante, quando for necessário. Que serão imediatamente verificados pelos responsáveis da pesquisa e providenciadas a reparação dos danos. (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7)

Além disso, o trabalho será organizado por meio de números e letras, para que os sujeitos da pesquisa não sejam identificados, garantindo o sigilo e preservando a sua identidade.

Dentre os benefícios advindos neste estudo destaca-se que se você aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para a produção de conhecimento sobre a prática profissional do assistente social frente às demandas dos usuários de saúde da Atenção Básica de Saúde no Município de Manaus e como o processo formativo tanto na graduação como na educação permanente estão possibilitando um perfil profissional com atribuições e competências profissionais frente a realidade de saúde local.

Serão respondidas as perguntas que o (a) Sr. (a) souber e quiser responder, além disso, o Sr. (a) terá total liberdade de pedir explicações à pesquisadora. Se depois de consentir sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes, durante ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem qualquer penalidade ou prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por prestar informações. Os resultados produzidos com a pesquisa serão analisados e publicados nos meios científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UFAM, localizado na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone fixo: 3305-1181, ramal 2004, email: cep.ufam@gmail

## **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_  
fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa.

Este documento é emitido em duas vias, sendo uma assinada pela pesquisadora responsável e a outra pelo participante da pesquisa, ambas as partes ficam com uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora



Impressão do dedo polegar direito  
Caso não possa assinar

## APÊNDICE B – INSTRUMENTAL DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM  
INSTITUTO FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - IFCHS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

### **FORMULÁRIO PARA ASSISTENTES SOCIAIS**

**PESQUISA:** A Prática Profissional do Assistente Social no Cuidado à Saúde do Usuário da Atenção Básica do Disa Leste de Manaus.

Formulário de Pesquisa nº \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_

Local de Aplicação da Pesquisa: \_\_\_\_\_

#### **1. IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

1.3 Idade: \_\_\_\_\_

1.4 Tempo de atuação em unidades de saúde \_\_\_\_\_

1.5 Ano de formação \_\_\_\_\_

#### **2. PERCEPÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

2.1 Você teve disciplinas específicas da atuação do assistente social na área da saúde? Quais?

2.2 Em que aspecto essas disciplinas contribuíram para a sua atuação na área da saúde?

2.3 Você considera que as disciplinas cursadas na graduação, que não tinham a saúde como tema central, oportunizaram a apreensão de conhecimentos para atuar nesta política?

2.4 Você realizou alguma atividade de pesquisa, extensão ou atividade complementar na área da saúde?

2.5 Você considera que elas foram importantes para sua atuação, hoje? Se, sim. De que forma?

2.6 Ao iniciar sua atuação na área da saúde, você sentiu alguma dificuldade ou ausência de elementos no processo da formação? Se sim, Quais?

2.7 Em que área você estagiou?

Saúde  Assistência Social  Previdência Social  Idoso  
 Criança e Adolescente  Sociojurídico  Sistema Penitenciário )

Outros:

2.8 O que você vivenciou no estágio supervisionado te ajuda hoje na área da saúde?

### **3. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

3.1 Você cursou ou está cursando algum curso de pós-graduação?

Não  Sim, mas desisti  Sim, ainda estou cursando  Sim, conclui.

3.2 Caso a resposta anterior seja positiva, qual curso?

Especialização  Mestrado  Doutorado

3.3 Você fez ou está fazendo algum outro curso de formação?

Não  Sim, mas desisti  Sim, ainda estou cursando  Sim, conclui.

Indique qual:

3.4 O que te levou a buscar um curso de pós-graduação ou outra formação?

3.5 A instituição oferece algum tipo de incentivo à educação permanente (cursos, seminários, oficinas, especialização e outros)?

### **4. EQUIPE DE SAÚDE**

4.1 Quais são as maiores demandas em que atua na instituição?

4.2 Como é realizado com a equipe de saúde o direcionamento para a solução e atendimento das necessidades dos usuários?

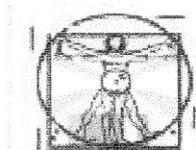
4.3 Na sua opinião qual a importância da sua profissão e de outros profissionais de saúde para atender a demanda dos usuários do UBS. ?

## 5. ATIVIDADES PROFISSIONAIS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

<b>Ações socioassistenciais parâmetros CEFESS/CRESS</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Discordo muito</b>	<b>Discordo pouco</b>
Realização de estudos sobre o perfil socioeconômico dos usuários da unidade					
Registros ou estudos dos determinantes sociais que mais interferem na condição de saúde dos usuários					
Criação de rotina de ação institucional que facilitem o acesso dos usuários aos serviços de saúde.					
Rotinas de ação da atuação específica do assistente social					
Conhecimento da realidade do usuário (visitas domiciliares e institucionais)					
Fortalecimento de vínculos familiares					
Garantia dos direitos dos usuários no serviço de saúde					
<b>Ações socioeducativas /Educação em Saúde</b>					
Sensibilização quanto aos direitos sociais					
Ações (projetos, debates, oficinas e outros) na área na comunidade.					
Atividades socioeducativas nas campanhas preventivas					
Democratização das informações da rede de atendimento					
Elaboração e divulgação de material socioeducativo					
Sala de espera					
Atividades em grupo usuário/família de acordo com desses grupos					
<b>Mobilização, Participação e Controle Social</b>					
Articulação com o conselho local de saúde ou municipal de saúde					
Projetos ou ações que potencializem a mobilização e participação dos usuários nos espaços de controle democrático					
<b>Investigação, planejamento e gestão</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Discordo muito</b>	<b>Discordo pouco</b>
Elabora planos e projetos de sua ação profissional					
Participa junto a criação de protocolos, rotinas e/ou plano de trabalho da unidade					

Realiza avaliação do plano de ação profissional					
Realiza avaliação do plano de ação institucional					
<b>Assessoria, qualificação e formação profissional</b>					
Oferece ou já ofereceu assessoria dentro da rede de abrangência da unidade					
Tem abertura para o estágio supervisionado					
Participação em palestras, cursos, seminários e congressos.					
Apresenta estudos ou investigações da sua atuação profissional na unidade					
<b>Ações de articulação interdisciplinar</b>					
Frequências de demandas por outros profissionais de saúde que não são competências dos assistentes sociais					
Entendimento do que é o serviço social pela equipe.					
Serviço social atuando de forma interdisciplinar com a equipe da unidade					

## ANEXO A – APROVAÇÃO NO CONSELHO DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL NO CUIDADO À SAÚDE DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA DO DISA LESTE DE MANAUS.

**Pesquisador:** JOSIARA REIS PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63499816.4.0000.5020

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.903.703

#### Apresentação do Projeto:

Resumo: A profissão do Assistente social está inserida na área da saúde desde a sua criação e, é a área que mais emprega após a legitimação do Sistema único da Saúde. O cotidiano profissional na saúde e nos demais espaço sócio-ocupacional vai possibilitando a construção de novos conhecimentos que dão respostas profissionais à realidade de seus usuários. Contudo, dentro de um contexto contraditório, visto a realidade social vigente de desigualdades e exploração social. A partir disso, problematizamos, frente às expressões da questão social demandas pela população ao Estado, quais atribuições e competências são solicitadas ao assistente social? Para compreender esta indagação propomos como objetivo geral analisar as atribuições e competências do assistente social no cuidado à saúde do usuário da atenção básica no Disa Leste da cidade de Manaus e objetivos específicos: a) detectar a visão dos assistentes sociais sobre a sua formação em saúde na graduação e/ou na educação permanente; b) verificar como os assistentes sociais utilizam as atribuições e competências da sua formação e dos parâmetros CEFESS/CRESS na sua prática profissional; c) refletir como os assistentes sociais realizam a sua prática profissional junto a equipe de saúde na atenção básica. Nos procedimentos metodológicos constou de levantamento bibliográfico que auxiliou na construção das categorias de análise; foi realizada consulta em documentos de gestão publicados online, como Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.903.703

**Critério de Exclusão:** Não atuar diretamente com os usuários dos serviços de saúde da atenção básica; Ser vinculado ao Distrito de Saúde Leste de saúde, mas suas atividades se realizarem em outro distrito de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1.Folha de rosto: adequada
- 2.Instituição proponente: adequada
- 3.Riscos(no corpo): adequados
- 4.Critérios de inclusão: adequados
- 5.Critérios de exclusão: adequados
- 6.Termos de anuência:adequados
- 7.TCLE: adequado
- 8.Orçamento: adequado
- 9.Instrumentos de pesquisa: adequados

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_819604.pdf	20/01/2017 18:06:12		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocep.pdf	20/01/2017 18:04:37	JOSIARA REIS PEREIRA	Aceito
Outros	FormulariodapesquisaSEMSA.docx	20/01/2017 17:54:46	JOSIARA REIS PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO.docx	20/01/2017 17:53:14	JOSIARA REIS PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOMESTRADO.docx	20/01/2017 17:51:36	JOSIARA REIS PEREIRA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.903.703

Investigador	PROJETOMESTRADO.docx	20/01/2017 17:51:36	JOSIARA REIS PEREIRA	Aceito
--------------	----------------------	------------------------	-------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 01 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
Eliana Maria Pereira da Fonseca  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Teresina, 4950  
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br