



SOCIALIZAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL AOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

ANSELMO, Gêssica Tamires da Silva¹

NÓBREGA, Mônica Barros da²

RESUMO: Este artigo trata sobre uma iniciativa realizada durante o estágio supervisionado em Serviço Social em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Campina Grande/PB, que buscou socializar junto aos usuários da unidade de saúde as atribuições do assistente social. Aborda-se também a percepção dos usuários sobre a imagem do Assistente Social. Consideramos positivos os resultados da nossa mobilização para que os usuários pudessem se aproximar melhor do fazer profissional do Assistente Social, mostrando a importância deste profissional na política pública de saúde, os benefícios e direitos que este profissional é capaz de trazer para melhoria da execução dos atendimentos na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: serviço social; assistente social; atribuições.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de um relato de experiência a partir do estágio supervisionado em Serviço Social realizado na unidade básica de saúde “Wesley Cariri Targino” no município de Campina Grande/PB. Durante a experiência do estágio buscamos compreender a percepção dos usuários atendidos na unidade sobre a função e imagem do Assistente Social, afim de contribuir com a difusão das atribuições da assistente social no contexto específico da unidade referida. Para isso, fez-se mister trazer elementos da atuação desse profissional no âmbito do programa Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que o relato ora apresentado ocorreu na esfera deste programa.

Antes de falarmos do programa Estratégia Saúde da Família, é necessário destacarmos qual é a concepção de imagem que irá subsidiar a nossa discussão. Dessa forma, sempre que nos referirmos ao termo “imagem”, estamos trazendo a concepção de imagem de Ortiz (2010), onde a imagem consiste na forma que a consciência captura o fenômeno, ou seja, da “coisa em si”, fornecendo em alguns momentos meios para o seu desvelamento ou até mesmo procurando travesti-lo. Agora que destacamos a concepção de

¹Discente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Bacharel em Serviço Social pela UEPB. E-mail: gessica_anselmo@hotmail.com.

² Professora efetiva do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: monicabnobrega@yahoo.com.br.



imagem que iremos utilizar, poderemos partir para o processo de implantação do PSF (que é atualmente, definido com Estratégia Saúde da Família- ESF) no Brasil. Faremos um breve resgate desse processo afim de conhecermos alguns dos elementos da atuação do Assistente Social no programa, o que poderá nos fornecer pistas para o desvelamento da sua atuação. Tornando-se possível também, identificar os traços que compõem a imagem do Serviço Social na instituição.

Foi apenas em 1997 que o Assistente Social passou a ser reconhecido como um profissional da área da saúde (CNS, 1997). O Assistente Social é inserido na área da saúde devido à necessidade que se teve de considerar aspectos fisiológicos, sociais, econômicos e psicológicos para a abordagem da saúde.

Conforme aponta (Silva 2009 p.2), a partir da Constituição Federal de 1988 foi desencadeado um movimento de descentralização de recursos e responsabilidades envolvendo a gestão, proposição e execução das políticas públicas, resultando numa conseqüente municipalização. Nesse sentido, a partir da segunda metade da década de 1990, o avanço da municipalização no gerenciamento das políticas públicas, especialmente de saúde, enfatizou o nível de atenção voltado para a atenção básica em saúde. Dentre as propostas governamentais do Ministério da Saúde foi instituído o PSF cuja implementação ocorreu após 1995, como política prioritária para desenvolver ações centradas na família como parceira efetiva no cuidado e na prevenção dos agravos à saúde (LIMA et. al., 2007).

Com o acirramento dos debates em torno da Atenção Básica e do SUS nos anos 2000, o PSF passa a ser incorporado como Estratégia Saúde da Família (ESF), de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado via implantação de equipes multiprofissionais nas UBS para garantir assistência contínua na comunidade de abrangência com acompanhamento integral a todos que vivem sob a responsabilidade de equipe-referência. Assim, o PSF é inscrito na estrutura político - administrativa do SUS e orientado pelas mesmas diretrizes e princípios, não mais tomado como programa paralelo ou isolado dos demais serviços (LIMA et. al., 2007).

A ESF continua sendo comumente chamada de PSF, mas se destina a reorientar o modelo de assistência à saúde em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional voltado para a medicina curativa e hospitalocêntrica. Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família e dos indivíduos na comunidade adscrita. Nesse contexto, a família é o centro da atenção, devendo ser concebida integralmente a partir das condições e da relação que estabelece com os ambientes físico, social e cultural.

Segundo os preceitos do Ministério da Saúde, a equipe básica é composta composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III)



auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2012) O Ministério da Saúde deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, porém o financiamento do programa diz respeito somente à equipe básica, ficando a cargo dos Municípios o custeio desses outros profissionais. Dessa forma, em alguns municípios tem acontecido a inserção de outros profissionais, a exemplo de Assistentes Sociais, porém não há financiamento do governo federal para este fim. A partir disso podemos observar que o profissional de Serviço Social fica na posição de equipe de apoio.

A implantação da ESF representou um importante avanço em relação a promoção da saúde e no atendimento primário da atenção básica. O ESF preconiza o estreitamento de vínculos entre os usuários e os profissionais que realizam o atendimento primário, valorizando-se o cuidado da saúde.

Em relação ao trabalho do Assistente Social na ESF, assim como nos demais espaços da saúde, o trabalho desse profissional deve estar articulado aos princípios ético-políticos do Serviço Social e os princípios dos projetos da reforma sanitária. É seguindo tais princípios que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO, 2002).

IMAGEM SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL E SOCIALIZAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

Apreender o processo de construção da imagem do Serviço Social brasileiro desde a sua gênese e analisar as diversas dimensões desta problemática torna-se indispensável para a compreensão da imagem social que se tem nos dias atuais. É necessário discutir, mesmo que de forma bastante singela, a forma como o Serviço Social surge, suas bases teóricas e práticas bem como as mudanças que ocorreram ao longo do tempo. É nesse sentido que faremos uma breve explanação da trajetória do Serviço Social brasileiro.

Quando o Serviço Social surge no Brasil, na década de 30, surge estreitamente relacionado a ação da Igreja Católica. O país enfrentava um período turbulento em decorrência da dificuldade da burguesia em responder às várias manifestações da classe trabalhadora, que clamava por melhores condições de vida e de trabalho. Foi na tentativa de “acalmar os ânimos” da população e manter os seus interesses, que a burguesia em conjunto com o Estado passou a realizar ações de caridade e benemerência a serem



executadas pelas “damas de caridade”, mulheres de famílias que possuíam um alto poder aquisitivo e que eram formadas conforme a doutrina da Igreja, com intuito de exercer ações sociais. Inicialmente as ações serão voltadas para intervir na “Questão Social” gerada pela introdução do sistema capitalista no país. As intervenções profissionais tinham um cunho moral e religioso e eram voltadas para o trabalhador e sua família, na perspectiva do ajuste e enquadramento social. Para Iamamoto (1997) surgiu como uma estratégia de classe, no âmbito de um projeto burguês de reformas dentro da ordem, visando à integração da classe trabalhadora.

A partir dos anos 1960 se observa a gestação de uma trajetória de ruptura com as marcas de origem conservadoras da profissão, o que caracterizou o Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Tal movimento buscava “corrigir a fragilidade em termos operativos, do projeto profissional hegemônico de orientação cristã” (Pires, 2007) através da utilização de técnicas importadas do Serviço Social norte-americano.

O processo de renovação do Serviço Social buscou desvincular-se com o conservadorismo. Pretendia reconfigurar as bases teóricas, técnicas e políticas da profissão. É nesse momento que o Serviço Social avança no sentido da recusa por parte dos profissionais em serem apenas executores de políticas sociais, agora buscava-se a participação no processo de planejamento das políticas. Buscava-se atribuir a prática profissional outra qualidade, apontando novos rumos no âmbito da análise teórica da sociedade e da profissão. Porém, o golpe militar de 1964 ocasiona uma retração desse novo pensamento que surgia no interior da profissão.

Apesar do contexto adverso colocado pelo golpe de 64, não era mais possível ignorar a ausência de uma política econômica que levasse em consideração os interesses das classes subalternas. Os profissionais começaram a perceber as reais implicações de seu trabalho como um instrumento de manutenção e reprodução da ordem vigente. Por esse motivo passou-se a buscar novas bases de legitimidade da ação profissional do assistente social, partindo de um aprofundamento teórico. O Serviço Social passa a buscar fundamentos científicos mais sólidos que orientem a atuação, ultrapassando a mera atividade técnica. É também a partir do aprofundamento teórico que os profissionais passam a superar o cariz do voluntariado, a prática rotineira, burocratizada, as tendências empiricistas, e passam a produzir conhecimentos voltados para os interesses dos setores populares que possam fortalecer mecanismos de resistência ao processo de dominação.

Dessa forma, o aprofundamento teórico foi indispensável para que se pudesse romper com o (NETTO 1996) arcabouço ideológico-cultural decorrente do pensamento conservador, sobre a maneira de pensar e agir do assistente social que construiu uma determinada imagem, compatível com a maneira como as expressões da “questão social”



eram tratadas no capitalismo monopolista, qual seja, pela via do voluntarismo, da benevolência, do cuidado, do favor e da ajuda. Traços estes que se constituem como elementos constituintes de uma determinada imagem social da profissão tanto para os seus empregadores, usuários e a si mesma. Percebe-se que no senso comum, a profissionalização do Serviço Social surge de uma tecnificação da filantropia.

É preciso que fique claro que o Serviço Social é uma especialização do trabalho na sociedade. Uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho, que possui trabalhadores especializados, que vendem a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal, que demandam essa força de trabalho qualificada e a contratam.

A consolidação da maturidade intelectual do Serviço Social, o seu reconhecimento e validação acadêmica como área de produção de conhecimento e, sobretudo, a constituição de uma vertente crítica, é responsável pela renovação da imagem profissional. A partir do que já foi colocado, é possível identificar que a configuração da imagem do Serviço Social está atravessada pelas contradições da sociedade burguesa.

É de extrema importância tanto para o Serviço Social quanto para a população de uma forma em geral que exista um conhecimento efetivo a respeito do que é o Serviço Social, o trabalho profissional, sua dimensão e da contribuição da profissão para a sociedade no tocante à viabilização de acesso aos direitos.

Trazer a discussão junto aos usuários da inserção do Assistente Social na Saúde, que é reconhecido como profissional de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde é indispensável. Os parâmetros de sua atuação na saúde consistem em:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos afim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, p.15)



Ainda segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social no serviço de saúde são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (CFESS, 2009, p.22-23)

Entre as atribuições na saúde estão também em sua ação em equipe, e o desafio que nos faz elaborar a iniciativa de socialização das atribuições do assistente social, onde os parâmetros tem requisitado diversas ações aos profissionais que não são atribuições dos mesmos, a saber:

marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social. Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes. (CFESS, 2009, p.24)

Assim, com a apresentação de suas devidas atribuições e competências junto aos usuários, buscamos contribuir na afirmação do fazer profissional do Assistente Social como também entender através desta intervenção como o profissional é visto na cena contemporânea.



Trazendo a discussão para a nossa experiência enquanto estagiária, desde a inserção no campo de estágio, uma questão que nos inquietava bastante era o fato de perceber que existia um grande desconhecimento por parte da população usuária dos serviços da unidade acerca das atribuições da assistente social.

A rotina de trabalho da Assistente Social, era realizada através de visitas domiciliares, do atendimento na unidade, além das visitas institucionais. A profissional atua em articulação com outras políticas sociais, como assistência social, educação, previdência social, habitação, entre outras, para poder inserir os usuários na rede de serviços e principalmente prestar referência. No que se refere às demandas atendidas na instituição destacam-se as demandas socioassistenciais, que estão relacionadas a orientações e encaminhamentos de caráter emergencial, casos em que os outros profissionais que compõem a equipe identificam situações de vulnerabilidade social e acabam repassando para o Serviço Social. Há também encaminhamentos dos usuários ao INSS para requererem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), tanto idosos como deficientes, além de uma grande demanda que é posta a Assistente Social no que diz respeito a solução quanto ao atendimento, onde essa atividade relaciona-se, principalmente, com a necessidade de agilizar iniciativas e providências para realização de exames e consultas.

Foi levando em consideração a necessidade de difusão para os usuários sobre as atribuições do Assistente Social, que propus trabalhar em um projeto de intervenção um tema que pudesse contribuir para que os usuários viessem a entender/ conhecer as funções deste profissional no contexto específico da ESF.

O projeto se constituiu em três fases, sendo a primeira fase a do desenvolvimento, do planejamento através da construção da proposta da temática e organização das ações. O objetivo do projeto de intervenção foi o de contribuir para que os usuários dos serviços da UBS passassem a conhecer de maneira mais efetiva algumas das atribuições da assistente social no contexto específico da unidade. Na segunda fase, a fase da execução do projeto, procuramos utilizar algumas técnicas e instrumentos para a execução das atividades. Realizamos 12 salas de espera no total, e foi através dessas salas de espera que socializamos através de uma linguagem bem simples e utilizando-nos de uma cartilha, algumas das atribuições da assistente social. Os resultados da intervenção foram ao meu ponto de vista, os melhores possíveis. Os usuários mostraram-se bastante interessados e atentos a todas as informações que estávamos transmitindo.

Verificou-se por parte da assistente social da instituição, uma grande procura por parte dos usuários de informações sobre como requerer o BPC, que foi um dos temas mais trabalhados nas salas de espera. A terceira fase do projeto de intervenção foi dada pelo processo de avaliação, que na verdade ocorreu no decorrer da execução.



Durante a experiência do estágio, foi possível conhecer e entender a complexidade do universo do trabalho profissional da assistente social em suas contradições, enquanto espaço sócio ocupacional, que contribui na reprodução da “ordem social”, mas que comporta diversos conflitos na luta por outra direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos desafios que enfrentamos na tentativa de difundir para os usuários as atribuições do Assistente Social, tendo em vista a amplitude das ações que este profissional exerce, consideramos positivos os resultados da nossa mobilização para que os usuários pudessem se aproximar melhor do fazer profissional do Assistente Social, mostrando a importância deste profissional na política pública de saúde, os benefícios e direitos que este profissional é capaz de trazer para melhoria da execução dos atendimentos na saúde. Dessa forma, conseguimos atingir o objetivo de sensibilizar a população da comunidade, no intuito de mostrar as competências e atribuições deste profissional, quando devem requisitar realmente seus serviços.

A distribuição de cartilhas em formato de história em quadrinhos onde foram construídos diálogos entre personagens que representava a Assistente Social que trabalha na unidade e personagens que representavam os usuários, afim de abordar através de histórias de ficção situações em que o profissional esclarece os usuários sobre o seu papel na instituição foi bastante exitosa. O material que foi construído com uma linguagem simples mostrou-se muito atrativo aos usuários.

Esperamos que este artigo possa contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a imagem social da profissão que já existe, além de fomentar a reflexão crítica no tocante a ação profissional. Esperamos também que este trabalho possa subsidiar o debate na agenda da profissão, no que diz respeito aos limites e possibilidade na consolidação de uma imagem renovada do Serviço Social brasileiro. Trata-se de uma discussão bastante significativa para o meio acadêmico, visto que, podemos levantar dados e futuros questionamentos sobre o processo que vem construindo a imagem da profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Reconhece algumas categorias de nível superior como profissionais de saúde. **Resolução n.º 218**, de 06 de março de 1997. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf Acesso em: 14/04/2022

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. CFESS, março de 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 4. ed. São Paulo; Cortez Editora, 1997.

LIMA, Ana Paula Cavalcante de. et.al, **Prontuário de prática curricular desenvolvida no Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde São José – Canaã**. Maceió, 2007.

NETTO, José Paulo. **Transformações societárias e Serviço Social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, n. 50, 1996.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil**: Os Fundamentos de sua Imagem Social e da Autoimagem de seus Agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PIRES, Sandra Regina de Abreu. **O Instrumental Técnico na Trajetória Histórica do Serviço Social Pós-Movimento de Reconceituação**. In: Serviço Social em Revista. Volume 9 - Número 2 Jan/Jun. Londrina, 2007. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n2_sandra.htm Acesso em: 12/04/2022

SILVA, Cristiana Carla da. **SERVIÇO SOCIAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**: uma análise sobre a experiência de Campina Grande –PB. 2009. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/servico-social-na-equipe-basica-da-estrategia-saude-da-familia.pdf Acesso em: 26/04/2022