

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E AS ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS NA ROTINA DE SAÚDE DAS UBS'S DO DISA LESTE DE MANAUS

Josiara Reis Pereira

Yoshiko Sasaki

RESUMO: O assistente social na área da saúde intervém a partir da realidade dos usuários frente as expressões da questão social. Orientados por um projeto ético-político, buscou-se verificar atribuições e competências profissionais na realidade das unidades básicas de saúde. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas e analisada pela técnica de análise de conteúdo. O assistente social apresenta uma rotina de garantia de direitos, contudo desafia ao profissional intervenções para além das instituições, assim como o aprofundamento dos determinantes sociais em saúde.

Palavras – Chaves: Serviço Social – Saúde - Prática Profissional

ABSTRACT Professional practice in health enables the construction of new knowledge that gives professional answers to the reality of users facing the expressions of the social question. The objective was to verify how social workers use the attributions and competences of their training in correlation with CFESS / CRESS parameters in their professional practice. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by the content analysis technique. The social worker presents a routine of guaranteeing rights in the face of social determinants being recognized by users and institutions, however, there are professional practices that little go beyond the institutional demands.

Keywords: Social Service, Health, Professional Practice.

1. INTRODUÇÃO

A prática profissional do assistente social na área da saúde está articulada a um projeto profissional que visa a garantia de direitos sociais no cenário contraditório da sociedade capitalista. Esta atuação se estabelece pela sistematização do saber e do fazer diante das respostas

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

ou atribuições profissionais dentro das instituições de saúde, neste estudo nas unidades básica do Distrito de Saúde Leste da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Manaus.

Trazemos 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. 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, diante disso, buscamos problematizar: 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?

Com isso, este trabalho objetiva apresentar a atuação de assistentes sociais de unidades básicas de saúde na cidade de Manaus, a partir do documento *Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Área da Saúde do CFESS/CRESS*. 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.

Este estudo 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.

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 as demandas dos usuários e as atribuições do assistente social frente aos usuários e instituições de saúde.

Os procedimentos metodológicos realizados foram pesquisa de campo, com a realização de entrevistas semi-estruturada com a técnica de análise de conteúdo. 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.

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.

2. REGISTRO E ESTUDOS NA ROTINA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS UBS'S DO DISA LESTE

Neste item analisaremos dois aspectos das ações socioassistencial realizadas pelos assistentes sociais que estão relacionados a capacidade profissional de identificar demandas profissionais e suas estratégias de intervenção a partir da política de saúde e dos parâmetros legais da profissão. São a realização de estudos sobre o perfil socioeconômico e o registro ou estudo dos determinantes sociais que interferem nas condições de saúde dos usuários.

O estudo socioeconômico é um elemento indispensável para qualquer assistente social, independente do espaço sócio-ocupacional que esteja inserida. 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.

A tabela 1 apresenta que o estudo socioeconômico é pouco realizado no âmbito das entrevistadas, sendo 62,5% discordam muito da realização do estudo do perfil socioeconômico dos usuários das UBS's, para estas profissionais a atividade não é realizada, 25% concordam pouco, podendo realizar algumas vezes e apenas 1 (uma) assinala realizar, o que corresponde a 12,5% da amostra.

Questões	Concordo muito	Concordo Pouco	Não concordo	Discordo muito	Discordo pouco
----------	----------------	----------------	--------------	----------------	----------------

			nem discordo		
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%	-	-	-

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

Os dados apresentados na tabela 01 se relacionam nas falas profissionais “*aqui eu só não trabalho com a ficha social*”. Com isso, aspectos que geralmente constam nos instrumentais como as fichas sociais que são: as condições de renda, sexo, escolaridade, faixa etária, habitação, saneamento, trabalho, registro dos atendimentos, das resolutividades, conflitos e não acessos do usuários dos serviços de saúde, entre outros, deixam de ser identificados.

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 (*Assistente Social E*).

A falta do registro sistemático do perfil socioeconômico, compromete 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. Essa ausência é justificada pela profissional, devido a questão burocrática de atendimento diário exigido pela Gestão, dessa forma o profissional precisa encontrar estratégias de ir além das demandas imediatas e administrativas. Abaixo uma visão global da fala da profissional.

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).

Por outro lado, há profissionais que apontam a realização e o reconhecimento da realidade dos usuários através do estudo socioeconômico, “*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 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 pra 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 de saúde.

3. AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS DIANTE DAS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE NA SUA RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL

Diante do conhecimento das determinações da saúde da população usuária, é importante que o profissional contribua na criação de ação institucional que facilitem o acesso dos usuários aos serviços de saúde através de uma rotina que atenda as necessidades do território, para isso, requer ao profissional conhecer a realidade social de seus usuários e oferecer atividade e serviços diante das demandas apresentadas, assim foi mensurado o nível de concordância quanto a garantia de direitos, fortalecimento de vínculos familiares e visitas domiciliares e institucionais, de acordo com a tabela 2.

Questões	Concordo muito	Concordo Pouco	Não concordo nem discordo	Discordo muito	Discordo pouco
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 2 - Ações socioassistenciais/Parâmetros da Saúde CFESS/CRESS* 100% da amostra correspondente a 08 sujeitos

Para Faleiros (2013) as relações institucionais carregam um contexto político cultural, 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.

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, ai 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).

Diante do relato acima, também as demais profissionais confirmaram na sua totalidade participar da criação de rotina para o acesso dos usuários aos serviços das unidades. Outra questão relevante é quanto a rotina específica do setor de serviço social dentro da instituição, neste aspecto 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 dentro das salas . 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 à 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, sobretudo no aumento das doenças crônicas-degenerativas.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

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 dar 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 da atuação 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).

A profissional (Assistente Social H), 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.

O controle social democrático é importante estratégia política para garantir o acesso a política pública de saúde, o assistente social nas unidades de saúde tem o contato direto com a realidade de seus usuários, seja ela durante um atendimento ou acompanhamento, assim, deve potencializar suas atribuições e competências para a garantia dos serviços ofertados pelo SUS. Tendo em vista a conjuntura política da sociedade brasileira, onde as crises políticas, econômicas e ideológicas interferem ferozmente no acesso aos direitos sociais.

4. RELAÇÃO INVESTIGATIVA E INTERVENTIVA COM OS USUÁRIOS DA SAÚDE

Continuando a análise da prática profissional nas unidades de saúde, também se faz presente à competência profissional quanto a elaboração de planos, projetos e avaliação tanto da atuação específica como do contexto das unidades de saúde. Em nível de maior concordância os profissionais apontam a realização dessas competências, contudo as falas não relatam um processo contínuo. Sendo possível visualizar na tabela 3 e nas falas que seguem:

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 3- Investigação, Planejamento E Gestão

* 100% da amostra correspondente a 8 sujeitos

Elaboração de Planos e Projetos de sua Ação Profissional:

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 Miotto 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 pretensão 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 intersetorialidade 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

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

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 Mioto (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.

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 *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.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

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

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.

Com isso, apontamos proposições para atuação do assistente social na saúde, a partir dos dados apresentados, como criação de plano de ação incluindo a demanda profissional e institucional tendo em vista a necessidade da população; educação permanente a todos os profissionais com aprofundando da dimensão profissionais de saúde e os determinantes sociais.

REFERÊNCIAS

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.

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.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamaso. **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.

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

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

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.

Recebido: 30/9/2019. Aceito: 20/11/2019.

Josiara Reis Pereira - Assistente Social e Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Integra o Grupo de Estudo e Pesquisa de Políticas Sociais e Seguridade na Amazônia (GEPSSAM/CNPQ).. Endereço: Rua Olavo Bilac, 1259, Compensa 2. Telefone: 92-991439360.

Email: josiarapereira@gmail.com

Yoshiko Sasaki - Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Professora Titular Departamento de Serviço Social da UFAM, com atuação nos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia e Sociedade e Cultura na Amazônia. Coordenadora do Grupo de Pesquisa (GEPSSAM/CNPQ) .

Email: sassakiyo@uol.com.br