



Residência Multiprofissional em Saúde: percepções acerca da inserção do profissional de Serviço Social na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Silviane Freitas Campos¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5590-6255>

Márcia Irene Andrade Mavignier²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3136-9973>

Hellen Bastos Gomes³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0142-8140>

Gladson Rosas Hauradou⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9141-2443>

Resumo

No estudo, reflete-se sobre a experiência vivenciada por residente em Serviço Social em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Manaus/AM, no sentido de verificar se o agir desse profissional fundamentou-se no Projeto Ético-Político Profissional. A inserção ocorreu no período de abril a agosto de 2016. Trata-se de relato da experiência que permitiu inferir os inúmeros desafios e possibilidades para a atuação profissional do assistente social nesse espaço de educação em serviço. Para tanto, adotou-se uma postura investigativa e interventiva. Concluiu-se que a inserção do assistente social na residência multiprofissional em Saúde pode contribuir para o aprimoramento de sua formação acadêmico-profissional, além de qualificar os serviços ofertados à população em prol da melhoria dos níveis pessoais e coletivos de Saúde.

Palavras-chaves: Residência Multiprofissional em Saúde; Atenção Básica; Serviço Social.

Multiprofessional Residence at Health: perceptions about the professional insertion of the Social service into the Family health Strategy (ESF)

Abstract

In the study, it reflects upon the lived experience by one resident in a Social service at a unit of Strategy of family health (ESF), in the city of Manaus/AM, in order to check whether the professional attitude based itself on the Ethic-Politic Professional Project. The insertion took place in the period of April and August in 2016. It is about the account on experience that permitted to interfere so many challenges and possibilities for the professional work of a Social assistant into this education space at service. therefore, it has used one investigative posture and intervertive. It was concluded that the insertion of the Social assistant into health care multiprofessional residence can contribute to the

¹ Analista Social de Defensoria - Serviço Social/DPEAM. Assistente Social da Maternidade Balbina Mestrinho/SES-AM. Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). E-mail: silviane.freitas@hotmail.com. <https://orcid.org/0009-0007-5590-6255>

² Graduada em Serviço Social (UFAM). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Doutora em Educação (UFAM). Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: marciamavignier01@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-3136-9973>

³ Graduada em Serviço Social (UFAM). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM). Doutora em Educação (UFAM). Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: hellenbastos@ufam.edu.br. <https://orcid.org/0000-0003-0142-8140>

⁴ Graduado em Serviço Social (UNINILTONLINS). Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Doutorado em Serviço Social (UFAM). Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: gladson@ufam.edu.br. <https://orcid.org/0000-0002-9141-2443>





improvement on their academic-professional upbringing, besides to qualify the offered services to the population in aid of improving on the personal levels and the collective health care .

Keywords: Multiprofessional Residence at Health; Basic Attention; Social Work

Tramitação:

Recebido em: 30/01/2023

Aprovado em: 15/04/2023

Considerações Iniciais

Na busca por possibilidades concretas para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à integralidade, emergem as residências multiprofissionais em Saúde, que se caracterizam como espaços de aprendizagem intrinsecamente vinculados à prática profissional e comprometidos com a teorização e reflexão críticas, desnudando em ações e serviços efetivos, eficazes e eficientes, como forma de qualificar os recursos humanos que vão atuar na Política de Saúde Pública em nosso país.

As residências multiprofissionais comportam diversos programas, os quais se caracterizam como pós-graduação *lato sensu*, apresentando objetivos e públicos diferenciados e emanando conhecimentos que vão além de uma área específica, numa perspectiva multiprofissional.

Outro ponto a ser destacado acerca das residências refere-se à diversidade de seus desenhos metodológicos e cenários de prática. Nessa modalidade de educação permanente, os cenários de prática apresentam-se nos níveis de complexidade do SUS, o que possibilita a inserção da residente em Serviço Social nas modalidades oferecidas pela Atenção Básica. Esse nível de atenção proporciona ao profissional uma aproximação significativa, por meio da ESF, com os usuários e as expressões da questão social do território no qual estão situados.

Parte-se do entendimento de que “a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 2002, p. 28). Com esse enfoque, situa-se a residência multiprofissional em Saúde oferecida pelo Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV)/Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – a qual preconiza que as “estratégias pedagógicas utilizadas devem ser orientadas de modo a promover cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidados nas redes de atenção à saúde [...]” (COREMU, 2017, p. 8).



Por meio de seu programa em atenção integral à Saúde funcional aos pacientes neurológicos, o HUGV/Ufam possibilitou a inserção da residente em Serviço Social em uma unidade de ESF, incitando a reflexão sobre a experiência vivenciada pela estudante nessa modalidade da Atenção Básica, com vistas, ainda, a verificar se o seu agir profissional estava fundamentado no Projeto Ético-Político Profissional, bem como nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010).

A experiência ocorreu no período de abril a agosto de 2016⁵, com o objetivo de proporcionar à residente uma “experiência que se configura na lógica da educação permanente, por meio dos espaços pedagógicos e de gestão numa relação dialógica entre estes e os atores envolvidos” (BRITO; SANTOS, 2006, p. 9).

O Programa de Saúde da Família (PSF), que compõe a ESF, configura-se como estratégia que preconiza uma mudança do modelo assistencial em Saúde Pública ofertado à população, já que dá ênfase ao fortalecimento de ações direcionadas à promoção, prevenção e recuperação da Saúde, de forma integral e contínua.

A proposta requer a implementação de novas práticas e modelos de intervenção como forma de espriar a perspectiva de promoção e proteção à Saúde, preconizando a vida saudável, em contraposição a um modelo que privilegia as práticas curativas (centrada na doença).

Corroborando com o argumento anterior, Franco e Merhy (1999, p. 2) nos ensinam que:

[...] o objetivo da ESF refere-se: [...] à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem

⁵ Destaca-se que este trabalho foi desenvolvido em um período anterior ao *cenário da COVID-19*, porém, deve ser visto como possibilidade para inovar, reinventar e efetivar os direitos dos cidadãos que fazem parte do território de saúde ora trabalhado. Urge a necessidade de resgatarmos o momento no qual vivenciamos a Covid-19. Segundo o portal Covid-19 do Ministério da Saúde (2023) (<https://covid.saude.gov.br/>) atualmente o número de casos confirmados são 37.063.464 (trinta e sete milhões, sessenta e três mil, quatrocentos e sessenta e quatro), quanto ao número de óbitos confirmados chegamos a 699.197 (seiscentos e noventa e nove mil, cento e noventa e sete). Importa frisar que o Brasil teve uma das piores repercussões da COVID-19 devido ao alto índice de mortalidade e falta de organicidade do governo no que consiste a forma de prevenção, a vacina, de acordo com Ministério da Saúde (2023) o número de pessoas imunizadas no Brasil é de 2ª dose + dose única 173.065.096 (cento e setenta e três milhões, sessenta e cinco mil e noventa e seis). Sobre os impactos da pandemia no Amazonas, evidenciamos parcialmente a questão em Canto e Hauradou (2021).



possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Ao mesmo tempo, sabe-se que as possibilidades de trabalho nessa modalidade da Atenção Básica vêm acompanhada de desafios, os quais perpassam pela infraestrutura inadequada; por recursos humanos reduzidos, uma vez que as demandas são as mais diversas e em um número expansivo; ações programáticas que não se efetivam; a não resolutividade dos serviços; a não materialização da referência e da contrarreferência; a não implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf⁶), os quais objetivavam ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. Ressalta-se que essa era a realidade na cidade de Manaus/AM, no momento em que a imersão na referida residência multiprofissional foi realizada.

Diante de tal cenário, frisou-se a importância de refletir acerca da prática do assistente social na ESF, tendo em vista a complexidade desse equipamento, e a emergência da intervenção desse profissional, que trabalha diretamente com as demandas sociais, envolvendo a família no seu contexto sócio-histórico, e desempenhando o papel de articulador e potencializador das mediações (CAVALCANTE; PONTES; NETO, 2013).

Essa experiência, ainda, configurou-se como um

espaço de construção da cidadania, de ação, de relações e de possibilidades cidadãs como campo de conhecimento e de ação de defesa do direito à vida, do direito à saúde e ao bem-estar coletivo como espaço de ação estatal em saúde, bem como frente de atuações coletivas e participativas pela saúde. (BARATA *et al.*, 1997, p. 54).

Diante disso, evidenciou-se a necessidade de refletir e publicizar a experiência vivenciada no cenário de prática, com vistas a ratificar os programas de residência multiprofissional como um significativo instrumento de formação e capacitação para os

⁶ As modalidades de Nasf possuíam uma dada configuração até a publicação da Nota Técnica, n.3/2020-DESF/SAPS/MS de 27 de janeiro de 2020 que levou a alteração na modalidade organizacional (nomenclatura) e financeira dos NASFs-AB (CANTO; HAURADOU, 2021). Segundo a Nota: “Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (ESF) ou equipes de Atenção Primária (EAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no CNESs como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe” (p. 1).





trabalhadores do setor da Saúde, e assim problematizar o espaço contraditório em que estão inseridas as residências multiprofissionais de Saúde.

Residência Multiprofissional em Saúde: o cenário da prática em Atenção Básica

Os desafios para a consolidação do SUS brasileiro estão postos no cotidiano de seus serviços, nos diversos níveis e instâncias, e comprometem, principalmente, o preconizado na Lei 8.080/1990, em seus princípios basilares: o atendimento universal, integral e equânime aos usuários desse sistema.

Cabe aqui destacar o princípio que propõe a integralidade da assistência, a qual é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL,1990).

A partir do momento em que se entende o processo de saúde determinado por fatores sociais, exige-se dos profissionais trabalharem no intuito de atender à totalidade do sujeito social, o ser biopsicossocial, levando-os a adotar condutas multiprofissionais ou interdisciplinares para materializar tal objetivo.

Mas a realidade dos serviços ainda é marcada por condutas individualizadas e mecanizadas, comprometendo e, no mais das vezes, recaindo negativamente sobre o quadro de saúde do usuário. Assim sendo, compreende-se que a relação do trabalhador e do trabalho, na Política de Saúde, conforme explicita Closs (2012), assume destaque no processo de enfrentamento dos desafios impostos a esse serviço, demarcando a importância de profissionais sintonizados com as demandas tradicionais e emergentes do SUS.

Um ponto-chave nessa discussão é a qualificação do SUS - proposta na Lei 8.080/1990, art. 27, parágrafo 1º -, a partir da 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.

Sobre isso, Closs (2012, p.35) corrobora, afirmando que:

[...] a qualificação do SUS, entre outros aspectos, implica um processo amplo de mudanças no trabalho em saúde, o que exige estratégias em direções distintas: no campo da assistência e da gestão, no desenvolvimento de processos sociais direcionados à construção de uma cultura sanitária de defesa e afirmação da vida, bem como no plano da formação em saúde.



Nessa perspectiva, emerge a Residência Multiprofissional de Saúde (RMS), prevista na Portaria Interministerial 2.117/2005, nos âmbitos dos Ministérios da Saúde e da Educação. Essa modalidade de ensino tem o objetivo de formar os trabalhadores de Saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma visão ampliada de Saúde, em consonância com o SUS. Caracteriza-se como especialização *lato sensu*, com carga horária de 60 horas semanais.

Segundo Brasil (2006 *apud* CLOSS, 2012, p. 35), a potencialidade da RMS

[...] consiste em sintonizar trabalho e formação, em situar as necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais, além de constituir-se numa formação pautada pelo trabalho em equipes. Porém, sua conformação como política pública é recente, o que aponta para a importância de serem ampliados os debates sobre essa formação, tendo em vista consolidá-la e qualificá-la.

A Lei 11.129/2005, que institui as residências, no país, direciona a RMS no caminho da educação em serviço, a qual está intrinsecamente ligada à educação permanente em Saúde. Essa ligação é determinada pela “pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar” (CECCIM, 2005, p. 162).

Além disso, Paschoal, Mantovani e Méier (2007) afirmam que a educação em serviço se desdobra no ambiente de trabalho, e é direcionada para uma instituição em particular, caracterizando-se por um processo educativo com vistas a ser aplicado nas relações humanas do trabalho. De acordo com Souza *et al.* (1991, p. 16 *apud* FARAH, 2003, p. 2),

[...] o desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários do SUS. Os serviços, por sua vez, tentam adequar estes profissionais às demandas que necessitam, propõem processos educativos para “aprimorarem o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos político-ideológicos distintos”.

Exposto isso, o processo de educação em serviço desenvolve-se no(s) cenário(s) de prática dos programas de RMS, oferecidos pelas instituições de Saúde, e pode englobar,



concomitantemente ou não, os níveis de complexidade da atenção (CASTRO, 2013). A esse respeito, Farah (2003, p. 5) ressalta que:

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde.

Portanto, ao refletir sobre a proposta dos autores, verifica-se que os cenários de prática nos Programas de Residências Multiprofissionais não são substitutos das “lacunas” do processo de formação nos cursos de graduação, mas, sim, se constituem em “celeiros” de boas práticas, a serem efetivadas nesses espaços, os quais são essenciais para o “protagonismo dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho” (CLOSS, 2010, p. 62).

Dessa feita, compreende-se que a inserção de residentes, nesses cenários, possibilita a “integração de saberes e práticas entre os trabalhadores da saúde, de modo que sejam construídas competências compartilhadas na formação em equipe, voltada para a interdisciplinaridade” (CLOSS, 2010, p. 63).

Além do que, a proposta de educação em serviço tem como objetivo promover, de maneira efetiva, a aproximação dos profissionais de Saúde à realidade e às demandas coletivas da população. Assim, com vistas a atingir o objetivo do estudo supracitado, é que se faz pertinente caracterizar o primeiro nível do sistema de Saúde – a porta de entrada do SUS – a Atenção Básica – espaço do cenário de prática da residente em Serviço Social.

Tem-se, na Atenção Básica, uma proposta efetiva, a qual ganha singularidade por ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas, ou seja, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (MELO et al., 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (2012, p. 19) caracteriza a Atenção Básica em

[...] 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Em nosso país, a ESF⁷ ganha relevo, uma vez que visa a levar serviços multidisciplinares, às comunidades, por meio da UBS. Silva, Silva e Bousso (2011, p. 1251) a caracterizam como a

[...] estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. Priorizando ações de proteção e promoção da saúde, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade.

Para tanto, a consolidação dos serviços ofertados e a cobertura ampliada de usuários necessitam do apoio do Nasf, que se configura como uma estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde, que visa à ampliação e ao aperfeiçoamento da Atenção Básica, bem como à gestão da Saúde na ESF, e requer a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de Saúde da Família, ampliando sua resolutividade, a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

Entretanto, é importante ressaltar “o alerta, de Schimith e Lima (2004), de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na

⁷ A Política Nacional de Atenção Básica, ao longo dos últimos quase vinte anos, vem se configurando no sentido de pôr em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde, reorganizando o modelo assistencial tradicional. Inserido como uma estratégia inovadora, o PSF reorganizou a atenção primária no SUS, as prioridades das ações em saúde, e provocou mudanças nos demais níveis da atenção, colocando equipes multiprofissionais mais próximas da população e da comunidade. Em 2006, é reconhecida como uma Estratégia por meio da Portaria 648 (BRASIL, 2006b *apud* UFMS, 2017).



população adstrita” (FIGUEIREDO, s. d., p. 6). Portanto, a mudança faz-se na concepção e forma como se dá o trabalho em equipe na ESF.

Nesse contexto, deve-se estabelecer uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde; cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Além disso, esses profissionais devem estar vinculados a uma equipe de Saúde da Família, mantendo a responsabilidade sanitária pela mesma população e o território da ESF. Isso nos remete a quão desafiador é materializar as ações e os serviços nos territórios abarcados pela ESF, pois, no mais das vezes, a equipe é reduzida; ou, mesmo dispondo de todos os profissionais que a legislação exige, esses não conseguem resolutividade, pois as demandas apresentam-se complexas, exigindo olhares de outros profissionais, como assistente social; psicólogo; profissional de Educação Física; fisioterapeuta; dentre outros.

A cidade de Manaus/AM possuía as características socioeconômicas, demográficas e políticas descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Manaus e suas características

| Informações | Dados |
|--|--|
| População do Município (2010) | 1.861.838 |
| Prefeito | Arthur Virgílio do Carmo Ribeiro Neto⁸ |
| Área da Unidade Territorial (km ²) | 11.401,092 |
| Densidade Demográfica (2010) | 158,06 |
| População do Amazonas | 51,85% |
| Taxa de Crescimento da População (2010) | 3,04 |
| Grau de Urbanização (2009) | 99,40 |
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/2000) | 0,774 |
| Renda <i>Per Capita</i> (2010) | R\$ 1.404,64 |
| Extrema Pobreza | 6,21 |
| Taxa de Mortalidade Infantil (2008) | 21,92 |
| Transferência de Recursos do SUS (União) | 108.634.798,89 |

Fonte: IBGE, 2010.

Na Tabela 1 verifica-se o tamanho da complexidade em ofertar saúde pública e de qualidade à população manauara. A saúde, em Manaus/AM, em seus serviços de Atenção Básica, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), a qual possui a

⁸ Importa destacar que, no momento do estudo, esse era o prefeito da cidade de Manaus/AM; na atualidade, David Almeida é o chefe do executivo.



missão de “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” (MANAUS, 2018).

A Sems, no ano de 2016, contava com a seguinte estrutura: 283 pontos de atenção nas zonas urbana, rural e ribeirinha, que incluíam três Centros de Atenção Psicossocial (Caps); um centro especializado de reabilitação; dez Unidades de Saúde de horário ampliado; o S.O.S Vida, com 11 ambulâncias e 21 vans, com cinco para cadeirantes; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); oito Policlínicas; quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); seis Laboratórios; Farmácias com oferta de remédios gratuitos; entre outros. Desfiando acerca das UBSs espargidas na cidade de Manaus/AM, no Quadro 1 demonstram-se as unidades disponibilizadas.

Quadro 1 - UBS's distribuídas na cidade de Manaus

| TIPO DE ESTABELECIMENTO | NORTE | SUL | LESTE | OESTE | FLUVIAL | TOTAL |
|-------------------------------------|-------|-----|-------|-------|---------|-------|
| Unidade Básica de Saúde – UBS | 2 | 16 | 13 | 13 | - | 44 |
| Unidade de Saúde Ambulatorial - USA | 3 | - | 1 | - | - | 4 |
| Total de estabelecimentos | 5 | 16 | 14 | 13 | - | 48 |

Fonte: SCNES/SEMSA/março, 2013.

Como as UBSs são a porta de entrada preferencial do SUS, o cidadão pode encontrar nessas unidades o acesso às ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde da mulher; criança; saúde mental; planejamento familiar; prevenção ao câncer; pré-natal; e cuidados relativos a doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; a oferta de curativos, inalações, vacinação, exames laboratoriais, tratamento odontológico; além de ter acesso a medicação básica e obter encaminhamento para atendimentos com especialistas.

No que concerne aos números das ESFs, no ano de 2016, em Manaus/AM, verifica-se, no Quadro 2, a dimensão das unidades.

Quadro 2 - Redes – Equipes Estratégicas em Manaus

| ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | QUANTIDADE 2011 | QUANTIDADE 2012 |
|---|-----------------|-----------------|
| Equipe de agentes comunitários de saúde | 3 | 3 |
| Equipe de saúde da família | 144 | 146 |
| Equipe de saúde bucal | 46 | 57 |
| PSF/ programa saúde na escola | 43 | 74 |
| ACS estratégia de saúde da família | 1081 | 1033 |
| ACS PACS | 28 | 33 |

Fonte: SCNES/SEMSA/março/2013



Nos Quadros 1 e 2 está demonstrado, em números, como estava organizada a Atenção Básica na cidade. Além disso, no que se refere à cobertura da ESF em nossa cidade, constam, no Quadro 3, outros dados.

Quadro 3 - Cobertura da ESF por distrito de saúde em Manaus

| DISTRITO DE SAÚDE | POPULAÇÃO | COBERTURA |
|-------------------|-----------|-----------|
| Norte | 501.055 | 24% |
| Sul | 439.241 | 46% |
| Leste | 447.946 | 29% |
| Oeste | 401.922 | 41% |
| Manaus | 1802.014 | 35% |

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); Semsa (2012).

Os números demonstram, em termo quantitativo, como se dava a “cobertura” da ESF por distrito, o que evidencia a fragilidade da amplitude, visto que, no período da investigação, em todos os distritos, não se atinge nem 50% da população desses territórios, ou seja, a prevenção e promoção à saúde da população manauara, nesse nível de atenção, ainda necessita avançar substancialmente.

Avançar para consolidar essa proposta de oferta de serviços é vital, para fortalecer os preceitos expressos no SUS, além do que se necessita envidar esforços no sentido de organizar o trabalho em equipe, para que os saberes se somem, no sentido de edificar intervenções que se concretizem em cuidados efetivos dirigidos às populações dos territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (FIGUEIREDO, s. d.).

Cientes de que, edificar uma proposta de trabalho, que assegure o princípio da integralidade expresso no SUS, problematizou-se acerca do cenário de prática no qual a residente de Serviço Social inseriu-se. Tratou-se de uma experiência que foi vivenciada no território de uma ESF situada no distrito de saúde da cidade de Manaus/AM (zona sul), em particular, no bairro de Petrópolis.

A ESF contava, na ocasião, com a seguinte equipe: uma enfermeira; um técnico de enfermagem; e seis agentes comunitários de saúde. No período, a Unidade passava por uma reforma e a equipe atendia de maneira improvisada em área cedida pelo Centro de Convivência comunitário. Os residentes que passaram a compor a equipe da ESF foram: uma Assistente Social; um enfermeiro; um psicólogo; e um profissional de Educação Física.

Importa destacar que, no período em que se deu a inserção dos residentes, a Unidade funcionava de forma improvisada e em condições mínimas de atendimento à população. O

espaço era inadequado e a equipe estava incompleta, pois não havia médico, o qual só foi incluído na equipe na metade do mês de agosto de 2016, o que inviabilizou a troca e o diálogo de saberes entre residentes e profissionais que atuavam na ESF.

Outro ponto a ser destacado foi a frágil articulação entre profissionais da UBS e residentes, o que demonstra uma lacuna na educação em serviço, entendido como um processo permanente e que, portanto, “é necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos” (FARAH, 2003, p. 5).

Os residentes buscaram contornar a situação, planejando e implementando suas atividades, cada qual com seus objetivos de intervenção. A equipe mergulhou na realidade, bem como levou ao conhecimento da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) e à Coordenação de Ensino e Pesquisa, da Semsu, o Relatório de Atividades desenvolvidas na ESF.

No Quadro 4, relacionam-se os serviços ofertados e reflexões acerca do cenário de prática na ESF.

Quadro 4 - Serviços ofertados na ESF

| Serviços Oferecidos | |
|---|--|
| Atenção à comunidade | Atenção centrada no adolescente/adulto/idoso |
| Consulta médica e de enfermagem na atenção básica Visita domiciliar Promoção à saúde Acompanhamentos de programas sociais (bolsa família/leite do meu filho) | <ul style="list-style-type: none"> Assistência ao planejamento reprodutivo Prevenção de câncer do colo uterino/mama Prevenção e acompanhamento de: |
| <ul style="list-style-type: none"> Identificação e manejo clínico de: Tuberculose Dengue, zika e chikungunya | Hipertensão arterial Diabetes mellitus Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/Vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Hepatites virais |
| <ul style="list-style-type: none"> Atenção à vigilância nutricional | <ul style="list-style-type: none"> Assistência a problemas ginecológicos Saúde do adolescente |
| Atenção à saúde materno-infantil | Procedimentos |
| <ul style="list-style-type: none"> Assistência ao pré-natal e puerpério Assistência ao recém-nascido Aleitamento materno Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil Assistência às doenças prevalentes na infância | <ul style="list-style-type: none"> Curativos Retirada de pontos Nebulização Coleta de preventivo Controle de pressão arterial Controle de glicemia capilar Administração de medicamentos Dispensação de medicamentos básicos |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Relatório do Cenário de Campo em Atenção Básica da Residência Multiprofissional do HUGV, 2016.

Esses serviços, para se concretizarem na vida dos usuários, devem ser dotados de qualidade, sintonia e sinergia da equipe multiprofissional, a qual deve conhecer os indivíduos

do território em que a ESF se situa. Cada ESF é responsável, em média, por, no máximo, 4 mil pessoas, e a média recomendada é de 3 mil pessoas, levando-se em conta o grau de vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2012).

Ressalta-se, que a inserção de residentes multiprofissionais nesses cenários deve possibilitar a qualificação dos serviços, desde que exista a “verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla” (FARAH, 2003, p. 5).

Cientes de que essa é a essência para a inserção do residente num cenário de prática, no tópico a seguir trata-se da experiência vivenciada pela residente de Serviço Social na ESF supracitada com vistas a apontar que a formação dos assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde, no âmbito da Atenção Básica, necessita dialogar, apreender e problematizar com essa realidade como forma de propor processos interventivos que fortaleçam os princípios e as diretrizes do SUS como direito social.

A realidade da inserção do assistente social residente em uma Estratégia Saúde da Família da Zona Sul de Manaus

O Serviço Social é resultado da prática social e histórica da sociedade em que está inserido, de modo que influencia diretamente o trabalho profissional do assistente social em todas as áreas de atuação, e na Saúde não é diferente (SETÚBAL, 2009). Na década de 1990, o marco para a profissão foi a construção do Projeto Ético-Político, advindo de um processo de renovação crítica da atuação, na busca de ruptura com o conservadorismo profissional e apresentar os compromissos definidos com a classe trabalhadora (BRAVO, 2013).

Destaca-se a Resolução Cfess 273/1993, que institui o Código de Ética do Assistente Social, e a Lei 8.662/1993, que regulamenta a profissão do assistente social. Ambos os documentos trazem em seu escopo o compromisso, as competências e atribuições do trabalho do assistente social, independentemente do espaço sócio-ocupacional em que esteja inserido.

Por isso, ratifica-se que o Serviço Social brasileiro mantém um Projeto Ético-Político Profissional crítico que apresenta, segundo Netto (2009, p. 4):

[...] a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários





de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

Porém, mesmo dispondo de marcos e diretrizes para uma atuação comprometida e crítica e socialmente construída, as tensões surgidas na efetivação de seu exercício profissional não se eximem. Além disso, sua atuação pode representar, por um lado,

Uma “invasão da privacidade” através de condutas autoritárias e burocráticas, como extensão do braço coercitivo do Estado (ou da empresa). De outro lado, ao desvelar a vida dos indivíduos, pode, em contrapartida, abrir possibilidades para o acesso das famílias a recursos e serviços, além de acumular um conjunto de informações sobre as expressões contemporâneas da *questão social* pela via do estudo social. (IAMAMOTO, 2009, p. 19, grifos no original).

Na área da Saúde, conforme aponta Costa (2000 *apud* MATOS, 2013), uma parte significativa dos assistentes sociais denota o discurso de imprecisão técnica e deslegitimação do seu trabalho, talvez por acreditar que não desenvolve, em seu exercício profissional, nenhum procedimento interventivo, ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da Saúde.

Assim, como abrir possibilidades para os usuários e suas famílias ao acesso a recursos e serviços de Saúde, uma vez que não há um reconhecimento por parte dos próprios profissionais trabalhadores da Saúde? Os autores acima citados corroboram com o exposto afirmando que “[...] O Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas geradas pela não implantação do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir” (COSTA, 2000 *apud* MATOS, 2013, p. 64).

Com vistas a direcionar a ação dos profissionais de Serviço Social inseridos na Saúde e desmontar o discurso adotado pela maioria dos profissionais que atuam nessa seara, o Cfess instituiu os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (2010). Nesse documento, os assistentes sociais na Saúde desenvolvem sua atuação profissional em quatro grandes eixos, com ações distintas em cada um deles, mas articuladas dentro de uma concepção de totalidade. Assim, são apresentados, no Quadro 5, os quatro eixos.



Quadro 5 - Eixos que norteiam as atividades do assistente social na área da saúde

| Eixos | Ações Desenvolvidas nos Eixos |
|--|---|
| Atendimento direto aos usuários | As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas |
| Mobilização, participação e controle social | As ações são voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da Saúde |
| Investigação, planejamento e gestão | Este eixo envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais |
| Assessoria, qualificação e formação profissional | Envolve a educação permanente dos trabalhadores de Saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da Saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente |

Fonte: Sistematizado pela residente com base no documento Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010).

Ademais, a partir da inserção do assistente social na área da Saúde, um leque de atribuições se apresenta e se estende ao campo das residências multiprofissionais em Saúde. Sobre essa modalidade de residência, é salutar discorrer que

[...] somente a partir de 2005, com a Lei Federal nº 11.129, a Residência em área profissional da Saúde é reconhecida, inaugurando a modalidade de ensino, na forma de especialização *lato sensu*, no campo das políticas públicas de ensino e saúde, como política indutora da formação e estratégica para a formação dos trabalhadores em saúde, tendo como foco o desenvolvimento de uma visão ampliada de Saúde em consonância com o SUS. No Serviço Social, a discussão é recente nos fóruns organizativos da categoria. Apesar da política de saúde estar historicamente legitimada como campo de trabalho profissional, somente em 1997 o Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução de nº 218, de 06 de março de 1997, reconhece a profissão como integrante das 14 profissões da saúde. (RODRIGUES *et al.*, 2011, p. 129).

Das profissões que compõem a Residência Multiprofissional em Saúde, têm-se o Serviço Social e Closs (2012, p. 35) ressalta que há uma inserção consolidada dos assistentes sociais, representando a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde. Castro (2013), por meio do mapeamento da formação em saúde do Serviço Social nos Programas de Residência realizados pela Abpess, identificou que o



Serviço Social se encontra inserido principalmente nos programas de modalidade multiprofissional, criados a partir de 2009, e as atividades se desenvolvem, em grande parte, em hospitais universitários.

Em Manaus/AM, ganha relevo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na atenção integral à saúde funcional em doenças neurológicas do HUGV, o qual tem como um dos profissionais atuantes o assistente social. A inserção de diversos profissionais num programa de residência é inovadora e promissora. Contudo, para que se dê de forma profícua e propositiva, deve-se envidar esforços para que, no espaço da “formação em serviço”, ocorra

[...] a concretização de propostas de educação interprofissional significa assumir uma nova organização curricular que priorize discussões e vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isso implica o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe. (UNIFESP, 2010 *apud* RODRIGUES *et al.*, 2011, p. 133).

Estamos cientes de que, em um contexto de crise estrutural do capital, de avanço do projeto neoliberal, em tempos de mais mercado e menos Estado, a “expansão dos Programas de Residência Multiprofissionais se desenvolvem no mesmo cenário de ataque à política pública de saúde, de precarização dos serviços e de falta de condições de trabalho, impactando diretamente na formação em saúde e na qualidade dos serviços prestados” (CASTRO, 2013, p.156). Portanto, o desafio reside em colocar em movimento os pressupostos da formação em Saúde, da reforma sanitária, do Projeto Ético-Político do Serviço Social, do SUS, no decorrer do processo de formação na residência.

Convictos de que os elementos expressos na assertiva de Castro (2013) inflexionam diretamente na formação ofertada e sem querer desprezar esses condicionantes estruturais e objetivos, demonstram-se, no Quadro 6, as ações da residente de Serviço Social no cenário de prática em Atenção Básica, que teve duração de quatro meses, mais precisamente em uma ESF da rede municipal de saúde de Manaus/AM, nos grandes eixos preconizados nos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.



Quadro 6 - O trabalho profissional do assistente social em atos: um bailar de possibilidades

| Eixo 1 | Instrumentais | Demandas | Caracterização das Demandas | Intervenções |
|---|--|---|---|--|
| <p>Atendimento direito aos usuários, ações socioassistenciais e ações de articulação com a equipe de Saúde</p> | <p>Visitas domiciliares, na qual aplicou-se a Ficha Social com 18 usuários. Ressalta-se que o instrumental utilizado foi construído pela residente, a qual abarcou os seguintes itens: identificação do usuário; dados profissionais e previdenciários; aspectos sociofamiliares e subjetivos</p> <p>Utilizou-se metodologias participativas destinadas ao público das ações programáticas da ESF: escolas do território; beneficiários do Bolsa Família; idosos, hipertensos e diabéticos; e profissionais da ESF</p> | <p>Sujeitos com comprometimentos neurofuncionais e funcionais, objetos de intervenção dos profissionais do Programa Multiprofissional em Atenção Integral a Saúde Funcional em Doenças Neurológicas</p> | <p>45% são totalmente dependentes; 32% são independentes; e 23% dependem parcialmente de outrem. Desse universo, 83% fazem uso de medicamentos, dos quais 45% são comprados e disponibilizados pelo SUS ao usuário; 34% dos usuários compram os medicamentos; 4% só utilizam medicamentos disponibilizados pelo SUS. Há aqueles que utilizam fraldas geriátricas, totalizando 39% dos sujeitos; que utilizam esse insumo a partir da compra direta (23%); 12% utilizam fraldas tanto compradas quanto disponibilizadas pelo SUS; e 4% compram e recebem doações</p> <p>Apenas uma pequena parcela desse universo dispõe de serviços de saúde privados</p> <p>Residindo, na totalidade, em área urbana, 73% dos usuários residem em casa de alvenaria, própria; 12% residem em casa de alvenaria com partes em madeira, própria; seguida de 12% que residem em casa de alvenaria alugada; e 3% residem em quitinete de alvenaria alugada</p> <p>As composições familiares dos usuários são caracterizadas da seguinte forma: Famílias nucleares, 45%; Famílias extensas, 28%; Famílias monoparentais, 17%; Famílias reconstituídas, 5%; Famílias unipessoais 5%</p> <p>Em relação ao relacionamento familiar: 39% apontaram que o viver em família é muito bom; 28% afirmaram que há um relacionamento bom dentro desse espaço; 28% levantaram que a</p> | <p>Buscou-se intervir para responder às necessidades identificadas nessas famílias, o que exigiu, por parte do assistente social, mapear os serviços que atendessem à demanda. A intervenção caracterizou-se na orientação, tanto aos cuidadores quanto aos usuários, sobre programas assistenciais, de redistribuição de renda e os benefícios previdenciários e assistenciais; encaminhamentos para: requisição de insumos, órteses e aos demais profissionais residentes, inclusive o acompanhamento nutricional a alguns usuários, o qual foi possível por meio da interação entre os programas de intensivismo e neurofuncional, acompanhados por esta profissional</p> |

| Eixo 1 | Instrumentais | Demandas | Caracterização das Demandas | Intervenções |
|------------------------------|---------------|--|---|--|
| | | | <p>relação familiar encontrava-se regular, naquele momento; e apenas 5% informou ser ruim essa vivência</p> <p>O número de integrantes das famílias dos usuários entrevistados varia de 1 a 9 pessoas. A renda familiar desses usuários encontra-se entre 1 a 2 salários mínimos (62%); seguida daqueles que vivem com 1 salário mínimo (23%); e, por fim, os que dispõem de uma renda mensal compreendida entre 2 a 3 salários mínimos (15%). Ressalta-se que apenas 5% das famílias participam do programa de redistribuição de renda Bolsa Família. O cuidador, de 62% desses usuários, é um membro da família – esposa, filha, mãe, neto ou um dos pais</p> | |
| | | Os usuários que buscavam espontaneamente a ESF | <p>Mulheres em situação de violência intrafamiliar</p> <p>Usuários do bolsa família</p> <p>Usuários que não estavam inseridos nos programas de transferência</p> <p>Crianças com direitos violados e em situação de vulnerabilidade</p> <p>Idosos em situação de vulnerabilidade</p> <p>Usuários em condição, ou não, de requererem, na Previdência, auxílio ou benefício</p> <p>Pessoas com deficiência</p> | <p>Orientações sobre benefícios previdenciários e assistenciais; cadastro em programas de redistribuição de renda e assistências, como o bolsa família e o programa nutricional leite do meu filho; o caminho e o funcionamento da rede intersetorial em casos de violação contra direitos da criança, mulher e idoso; e a inserção no programa de planejamento familiar</p> |
| Ações socioeducativas | | <p>Alunos do 1º ao 5º ano do ensino fundamental</p> <p>Alunos do 1º e 2º ano do ensino médio</p> <p>Vinte e três usuários da ESF que apresentavam fatores de risco</p> | <p>Sensibilizar sobre a importância da prevenção contra o Aedes Aegypti, vetor das doenças dengue, chikungunya e zika</p> <p>Disponibilizar informações para que, ao se depararem com certas situações, saibam como, onde e a quem recorrer</p> | <p>Expositor e mediador das ações</p> |



RELEM – Revista Eletrônica Mutações
 ©by Ufam/Fic/Icsez

| Eixo 1 | Instrumentais | Demandas | Caracterização das Demandas | Intervenções |
|---|---------------|---|---|------------------------------|
| | | Doze usuárias da ESF | Identificar a demanda da população com hipertensão e prevenir possíveis acidentes vasculares encefálicos Discutir os temas violências doméstica, familiar e sexual, por meio da metodologia roda de conversa | |
| Assessoria, qualificação e formação profissional | | Seis agentes comunitárias de saúde da ESF | Visou dar eficiência e mais efetividade ao trabalho dessas profissionais e qualificar as orientações prestadas à população; essas profissionais estão mais próximas do território e dos usuários e, dentre suas prerrogativas, está a orientação ao usuário. Os temas abordados foram os mais diversos, pertinentes a cada área de atuação dos residentes; à assistente social coube o módulo: acolhimento, orientação social e trabalho em rede, proposto pelo próprio profissional, o qual seguiu uma metodologia predefinida A metodologia utilizada foi roda de conversa, que se caracteriza na constituição de um espaço onde seus participantes refletem acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, o trabalho, e o projeto de vida | Facilitador e sensibilizador |

Fonte: Elaborado pela residente de Serviço Social com base nos dados das Fichas Sociais de 2016.



Manuscrito licenciado sob forma de uma licença *Creative Commons*. Atribuição Internacional.

Relem, Manaus (AM), v. 15, n. 25, jul./dez. 2022.



Depreende-se, do conteúdo apresentado no Quadro 6, que a intervenção da residente em Serviço Social voltou-se à compreensão dos sujeitos não como seres isolados, mas articulados a fenômenos sociais, ou seja, a realidade em que estavam inseridos revelou que suas condições de saúde estavam intrinsecamente ligadas aos condicionantes socioeconômicos.

As demandas trazidas pelos usuários à equipe de saúde que ali se encontrava eram as mais diversas e complexas, mas o equipamento não dispunha de um aparato que pudesse dar resolutividade, e os residentes se viam, no mais das vezes, de “mãos atadas”, uma vez que, mesmos sendo profissionais, estavam ali na condição de alunos e necessitavam de apoio efetivo em suas intervenções.

A falta da figura do médico, na ESF, impossibilitou, em alguns momentos, a intervenção da assistente social, no que concerne a referenciar o usuário à rede intersetorial de serviços, pois os processos exigiam o laudo daquele profissional para que os requerimentos fossem iniciados. Porém, a orientação era realizada e buscada a ligação entre os médicos da UBS para que essa demanda suprimida fosse minorada.

Mapear a rede socioassistencial e apontar os serviços das demais políticas foi uma exigência que o território suscitou. Mas a contrarreferência dos serviços efetivamente não aconteceu, o que se deve à fragilidade da rede e dos atores envolvidos.

Na busca de atender aos sujeitos em sua totalidade, mesmo com a falta dos demais profissionais de saúde, a assistente social estabeleceu vínculos com os profissionais dos demais programas de residência, porém, de forma informal.

Os instrumentos utilizados, como as visitas domiciliares; a entrevista social; ficha social; auxiliaram a assistente social em suas intervenções para atingir a resolutividade das demandas, sempre tendo como referencial o Projeto Ético-Político Profissional, uma vez que

[...] Na afirmação da sua instrumentalidade, o assistente social acaba por utilizar-se de um repertório técnico-operativo comum a outras profissões sociais, porém a intencionalidade posta na utilização do instrumental técnico porta a tendência de propiciar resultados condizentes com a perspectiva para a qual sua ação se direcionou. A maneira como o profissional utiliza os instrumentos e técnicas historicamente reconhecidos na profissão encontra-se referenciada pelas expectativas que sustentam as suas ações. Em outras palavras: o Serviço Social possui modos particulares de plasmar suas racionalidades que conforma um “modo de operar”, o qual não se realiza sem instrumentos técnicos, políticos e teóricos, tampouco sem uma direção





finalística e pressupostos éticos, que incorporam o projeto profissional. (GUERRA, 1999, p. 203, grifos nossos).

Na perspectiva da educação em saúde, buscou-se desenvolver, com os diversos públicos do território, a dimensão da libertação para promover uma nova cultura, e enfatizar a participação dos sujeitos no conhecimento crítico da sua realidade e potencializá-los para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2009 *apud* PELEGRINI, 2013).

Considerações Finais

Os limites para a atuação do profissional assistente social, em qualquer espaço ocupacional, são impostos pelos aparatos institucional, político e social e determinam o direcionamento de suas ações. No cenário de Atenção Básica, a ESF, os limites e as possibilidades se constituem em uma constância, pois esse profissional não faz parte da equipe fixa dessas unidades, de modo que, desenvolver um trabalho profissional nesse espaço, se torna desafiador, necessário e complexo. Esse profissional tem o papel de atuar no enfrentamento das contradições da sociedade capitalista, na viabilização do SUS, contribuindo no processo saúde-doença dos sujeitos.

Todavia, mesmo com o modelo assistencial proposto pela ESF, sobressaem os reflexos de uma dinâmica centrada de trabalho médico, o que tende a dificultar a atuação dos demais profissionais, principalmente do assistente social. Verificou-se a necessidade de uma política de saúde efetiva, que alargue os limites operados no cotidiano profissional, dificultando o exercício profissional à luz do projeto hegemônico da profissão, o qual potencializa as mudanças em favor dos interesses da maioria.

Mesmo diante das limitações, a profissional de Serviço Social encontrou possibilidades concretas de intervenção na ESF e de materialização do seu projeto profissional. A vivência na Atenção Básica, na ESF, foi possível, à assistente social, por meio da residência multiprofissional em Saúde; permitiu e exigiu da profissional as dimensões investigativa e interventiva inerentes à prática profissional, pois, como aponta Baptista (2009), as ações se fazem em realidades sociais concretas, em condições previamente dadas, em uma sociedade de mercado, em que os conhecimentos e as práticas assumem dimensões próprias.

Enfim, a realidade na ESF apresenta inúmeras expressões da questão social, são os objetos de intervenção da assistente social e nos remetem à importância da profissional em

compor uma equipe de ESF, pois somente inserida nessa realidade, adquirirá a instrumentalidade necessária, conforme explicita Guerra (1999), para modificar, transformar, alterar as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes em determinado nível da realidade social: no cotidiano. Portanto, o desafio é constante!

Referências

BAPTISTA, M. V. Prática social/prática profissional: a natureza complexa das relações profissionais cotidianas. *In*: BAPTISTA, M. V.; BATTINI, O. (orgs.). **A prática profissional do assistente social**: teoria, ação, construção do conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2009.

BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; FILHO, N. de A.; VERAS, R. P. (orgs.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, 1990.

BRASIL. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão do assistente social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Lei n. 11.129/2005. Altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Resolução n. 273, de 13 março de 1993. Institui o código de ética profissional dos assistentes sociais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS. 2020**. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf. Acesso em: 8 abr. 2023.

BRAVO, M. I. de S. **Serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRITO, A. C. de; SANTOS, C. M. Especialização integrada em saúde coletiva modalidade residência multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no modelo saúde todo dia. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.





RELEM – Revista Eletrônica Mutações

©by Ufam/Fic/Icsez

CANTO, F. de S.; HAURADOU, G. R. O serviço social em tempos de novo coronavírus: um relato do cotidiano na Atenção Primária à Saúde – APS. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 12, p. 1–21, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.1017. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1017>. Acesso em: 8 abr. 2023.

CASTRO, M. M. de Castro e. Serviço social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da Abepps. **Rev. Temporalis**, Brasília, DF, ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CAVALCANTE, A. N.; PONTES, R. J. S.; NETO, P. G. C. O assistente social e a estratégia saúde da família: inserção e atuação. CBMFC. **Anais [...]**, Belém, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface**, v. 9, n.16, 2005.

CFESS. **Parâmetros para a atuação do assistente social na política de saúde**. Brasília, DF, 2010.

CFESS. **Residência em saúde e serviço social**: subsídios para reflexão. Brasília, CF, 2017.

CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica**: formação para a integralidade? 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CLOSS, T. T. Inserção do serviço social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: CLOSS, T. T. **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação**: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

COREMU. **Regimento geral dos programas de residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas**. Manaus, 2017.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez. 2003.

FIGUEIREDO, E. N. de. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**.

Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 28 jan. 2018.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: contradições e novos desafios. Belo Horizonte, 1999.



Manuscrito licenciado sob forma de uma licença **Creative Commons**. Atribuição Internacional.

Relem, Manaus (AM), v. 15, n. 25, jul./dez. 2022.



RELEM – Revista Eletrônica Mutações
©by Ufam/Fic/Icsez

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, DF, n. 3, 2001.

IAMAMOTO, M. V. *et al.* Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Cfess/Abepss, Brasília, DF, 2009.

MANAUS (AM). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano municipal de saúde de Manaus 2014-2017**. Manaus, 2013.

MANAUS (AM). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Situação de saúde no município de Manaus**. Disponível em:
file:///C:/Users/Silviane%20Freitas/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wek
yb3d8bbwe/TempState/Downloads/DIAGNÓSTICO-SITUACIONAL-DE-MANAUS-2.pdf.
Acesso em: 24 fev. 2018.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política** (v. 1 e 2). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

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

MELO, E. M. de; CARVALHO, A. J. V. de; VILLELA, L. de C.; CURY, G. C. A residência multiprofissional de saúde da família na UFMG: tijolo por tijolo de um desenho mágico. *In: Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF, 2006.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1*. Brasília, DF: Cead/Abepss/Cfess, 1999.

RODRIGUES, T. F.; COSTA, B. R. N.; BRANDALISE, C. L.; HEISE, M.; MORAES, R. M.; THOMAZ, S. M. T. O serviço social no programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da Unifesp/SP. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, Unicamp, v. X, n. 12, dez. 2011.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov./dez. 2004.

SILVA, M. C. L. dos S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm**, USP, 2011, v. 45, n. 5, p. 1.250-5, São Paulo.

UFMS. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15668/1/A%20estrat%C3%A9gia%20de%20sa%C3%BAde%20da%20f%C3%A1m%C3%ADlia>



Manuscrito licenciado sob forma de uma licença **Creative Commons**. Atribuição Internacional.

Relem, Manaus (AM), v. 15, n. 25, jul./dez. 2022.



RELEM – Revista Eletrônica Mutações
©by Ufam/Fic/Icsez

20família%20-%20Histórico%20da%20estratégia%20de%20saúde%20da%20família.pdf.
Acesso em: 20 fev. 2018.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam).

