



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Fernanda Teixeira Monteiro

**A ATUAÇÃO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
SAÚDE: uma análise dos artigos submetidos ao Congresso Brasileiro de
Assistentes Sociais de 2022**

Mariana, 2023

Fernanda Teixeira Monteiro

**A ATUAÇÃO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
SAÚDE: uma análise dos artigos submetidos ao Congresso Brasileiro de
Assistentes Sociais de 2022**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Serviço Social
como pré-requisito para a obtenção do
título de bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Ciências Sociais
Aplicadas

Orientadora: Prof.^a Dra. Alessandra
Ribeiro de Souza

Mariana, 2023

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M775a Monteiro, Fernanda Teixeira.

A atuação do/da Assistente Social na atenção primária de saúde [manuscrito]: uma análise dos artigos submetidos ao Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 2022. / Fernanda Teixeira Monteiro. - 2023.

53 f.: il.: tab..

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ribeiro Souza.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Assistentes sociais. 3. Cuidados primários de saúde. I. Souza, Alessandra Ribeiro. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.4

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Teixeira Monteiro

A atuação do/da Assistente Social na atenção primária da saúde: uma análise dos artigos submetidos ao Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 2022

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social

Aprovada em 12 de maio de 2023

Membros da banca

Dra- Alessandra Ribeiro de Souza - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. - Adriana de Andrade Mesquita - Universidade Federal de Ouro Preto
Ms. - Vivian Lucia Rodrigues de Oliveira - Universidade Federal de Ouro Preto

Alessandra Ribeiro de Souza , orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/05/2023



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Ribeiro de Souza, COORDENADOR(A) DE CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**, em 29/05/2023, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0532926** e o código CRC **2C5558AF**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus e aos meus pais, Elizabeth e José, sem o amor e dedicação deles eu jamais teria sonhado em chegar até aqui. Estendo ao restante da minha família, tias, tios e primos.

Aos meus amigos, tanto os da graduação, como os de outros momentos da vida, seria impossível terminar essa etapa sem vocês. Especialmente à Maria Emília que me acompanha desde a educação infantil e ao Guilherme que dividiu comigo os desafios do estágio. Muito obrigada, eu amo muito todos vocês.

Aos meus avós que não puderam ver este momento neste plano, mas sei que estão muito felizes por mim, onde quer que estejam.

À toda equipe do PSF Bento e Paracatu que me acolheu durante três semestres de estágio, à minha supervisora de campo Adriana Batista e à supervisora acadêmica Adriana Mesquita por ensinarem tanto.

À minha orientadora Alessandra Ribeiro pela paciência, sabedoria, por acreditar na minha ideia de trabalho e pela orientação maravilhosa, sem seus conhecimentos esse trabalho jamais aconteceria.

Ao Mineração do OuTro e ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Serviço Social, que fomentam com tanta força a pesquisa na universidade pública e me ensinaram mais do que apenas o conhecimento em Serviço Social.

A todos os professores do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, vocês fazem diferença todos os dias.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Ouro Preto, por me proporcionar educação pública de qualidade e tantas experiências inesquecíveis. Muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a atuação de assistentes sociais no âmbito da atenção primária em saúde, caracterizada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, para a análise, um levantamento foi feito em forma de pesquisa bibliográfica aos artigos submetidos ao Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais do ano de 2022. Sendo assim, foi feito um apanhado da história da saúde no Brasil, bem como da atenção primária e do trabalho do/da assistente social tanto historicamente quanto diretamente na política de saúde e no último capítulo, foi desenvolvido um levantamento e uma tabela com os artigos submetidos no CBAS que continham as palavras chave atenção primária, atenção básica, saúde da família e NASF.

Palavras-chave: atenção primária; Sistema Único de Saúde; atuação do/da assistente social

ABSTRACT

This paper aims to analyze the role of social workers in primary health care, characterized as the gateway to the Unified Health System, for the analysis, a survey was carried out in the form of a bibliographical research of the articles submitted to the Brazilian Congress of Social Workers of the year 2022. Therefore, an overview was made of the history of health care in Brazil, as well as of primary care and the work of the social worker both historically and directly in health policy. In the last chapter, we developed an analysis and a table with the articles submitted to CBAS that contained primary care, family health, and NASF in the title or abstract.

Keywords: primary care; Unified Health System; social worker's performance

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Artigos analisados e seus autores.....	44
----------------------------------------------------------	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Estudo e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Estudantes em Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores

SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – A HISTÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA.....	12
1.1 O esboço de uma política de saúde coletiva	12
1.2 SUS Constitucional.....	15
1.3 Reforma Sanitária Brasileira	16
1.4 Atenção primária em saúde	20
CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL.....	25
2.1 O momento histórico da gênese do Serviço Social brasileiro.....	25
2.2 Movimento de Reconceituação do Serviço Social.....	29
2.4 O Serviço Social na saúde	30
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A POLÍTICA E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	34
3.1 Tabela dos artigos levantados e seus respectivos autores.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUÇÃO

O trabalho do/da assistente social surge na década de 1930 e é reconhecido e regulamentado em 1957, atuando em diversas áreas respondendo às questões causadas pelo modo de produção capitalista na classe trabalhadora, viabilizando o acesso a políticas sociais como de habitação, educação, saúde, saúde mental, dentre outras. Sendo a saúde, uma das áreas que mais demandavam profissionais desde seu surgimento.

A atuação exercida no campo de estágio, realizado no Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é uma das questões que causaram interesse em pesquisar este tema, pelo fato de onde o estágio ocorreu, ser conectado a Unidade Básica de Saúde de Bento e Paracatu, que se encontra na cidade de Mariana, Minas Gerais pós rompimento de barragem de Fundão em 2015.

A intenção é compreender melhor como a atuação do/da assistente social fará com que o usuário tenha os cuidados em saúde realizados de forma efetiva com suas respectivas demandas solucionadas, buscando compreender a atuação na atenção primária.

Na saúde, voltando-se diretamente para a atenção básica, o profissional atuante tem como função compreender o núcleo familiar, as refrações da questão social, materiais e concretas que envolvem o usuário atendido dar a devida orientação e encaminhar para a rede quando necessário.

A importância deste trabalho percorre também a dificuldade de encontrar bibliografia sobre a atuação do(a) assistente social na atenção primária, atenção básica e saúde da família. Além disso, tem como objetivo investigar e compreender a atuação do serviço social na atenção básica e elucidar quais são os parâmetros que percorrem esta atuação, contextualizar historicamente com a profissão e com a política de saúde brasileira.

Para alcançar tais objetivos, no capítulo 1 buscou-se realizar um resgate histórico da política de saúde brasileira desde a colonização até os dias atuais, para que se delinear o caminho desta política. No segundo capítulo, é feito um apanhado do trabalho do/da assistente social, contextualizando suas etapas ao longo da sua história, percorrendo o movimento de reconceituação e a atuação na saúde. Por fim,

no capítulo 3, explorou-se a produção de trabalhos no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais do ano de 2022 que tratavam da atenção primária.

CAPÍTULO 1 – A HISTÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA

Neste capítulo busca-se introduzir um resgate histórico da saúde no Brasil, a fim de desenvolver uma base para se aproximar do objeto de estudo. Sendo este, dividido entre o surgimento das primeiras ideias de uma política de saúde e o SUS constitucional.

1.1 O esboço de uma política de saúde coletiva

Contextualizando a história da saúde brasileira, no período de invasão e colonização houve uma grande mistura de infecções, doenças virais, diferentes microrganismos, etc. já que naquele momento diversos povos começaram a ter contato direto, indígenas, africanos e europeus.

No século XVI, os tratamentos eram baseados no conhecimento de cada cultura, indígenas e africanos utilizavam plantas, orações e feitiços, já os europeus, além de benzedores e padres, já praticavam o isolamento dos doentes. A influência europeia na política de saúde se explicita na criação dos primeiros serviços de saúde. De acordo com Oliveira (2012),

Os portugueses não demoraram a implantar o modelo das Santas Casas de Misericórdia. As primeiras apareceram na capitania hereditária de São Vicente, em 1543, por Braz Cubas e em Salvador, em 1549, por iniciativa de Tomé de Souza. Na medida em que avançava a colonização, foram criadas outras unidades semelhantes pelos Senhores chamados “homens bons”, associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis constituídas por pessoas de posses, geralmente católicas, que se propunham a realizar determinadas obras sociais. (OLIVEIRA, 2012, p. 33)

O autor reforça que a ação mais eficaz no Brasil colônia, foi o controle portuário das embarcações que chegavam nas cidades portuárias, fazendo uso da prática da quarentena.

Mais adiante no final do ano de 1889, dá-se início ao regime republicano e neste momento as características sociais se modificam, a industrialização começa lentamente e a cafeicultura é predominante economicamente. Além disso, Oliveira (2012, p. 34) afirma que é neste momento em que se regulamenta a prática e o ensino da medicina, também é quando surgem os hospitais públicos com a função de tratar doenças que se consideravam uma ameaça para a população como tuberculose e hanseníase, além das doenças mentais.

No início do século seguinte, o médico sanitário Oswaldo Cruz foi a referência em combate a doenças infecciosas no país, foram tomadas medidas de saneamento e limpeza muitas vezes extremas, mas que resultaram na diminuição do número de doentes.

Por isso, não é de se estranhar o teor extremamente autoritário das práticas de saúde (COSTA SILVA et al., 2010). Para desinfetar, percorriam ruas e visitavam casas, inclusive promovendo a queima de roupas e colchões. Exigiam limpeza, reformas, interditavam prédios, removiam doentes. Naturalmente, os alvos preferidos das visitas eram as áreas mais pobres e de maior densidade demográfica (COSTA SILVA et al., 2010). (OLIVEIRA, 2012. p. 35)

Pouco antes do século XX, em alguns países da Europa, a saúde do trabalhador começou a ser reivindicada pelas respectivas classes e por meio do Estado foram assegurados direitos sociais, sempre de forma a manter as bases do capitalismo firmes.

Maria Inês Bravo (2000) aponta que no Brasil, a economia que se desenvolvia no começo do século XX era baseada na produção e exportação do café, sendo assim as expressões da “questão social” relacionadas a saúde ficaram evidentes neste período.

Adiante, nos anos 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) tinha como diretor o médico sanitário e infectologista Carlos Chagas, que implanta uma reforma em 1923 com um ensaio para estender o atendimento em saúde pelo país. A saúde e segurança do trabalhador ficam em evidência também neste momento, sendo iniciada a discussão acerca da previdência.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), também chamada de Lei Elói Chaves, surgem naquele mesmo ano, mas restrito a empresas e empregados que pudessem arcar

O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2000. p. 3)

Na década de 1930, o processo de industrialização provocou o crescimento acelerado do país com um aumento na quantidade da população trabalhadora e também da malha urbana, desse modo ocorre a necessidade de uma intervenção

estatal que se atentasse a esses trabalhadores, já que estes possuíam importância política mas não somente por lutas e reivindicações anteriores, e sim pelos papéis no processo de lucro e acumulação que se iniciava.

Bravo (2000, p. 3) afirma que entre os anos 1930 e 1940 houveram medidas tomadas em relação a saúde pública, dentre elas campanhas sanitárias, atenção aos estados de menor receita pelo DNSP, combate a endemias rurais (ênfaticamente pelo fluxo causado pelo êxodo rural) e urbanas (febre amarela e malária).

Ocorreu juntamente, a “Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.” (Bravo, 2000. p. 4). Além das medidas acerca da saúde pública propriamente dita, a medicina previdenciária foi também contemplada naquele mesmo momento, porém percebia-se que o propósito maior era de contenção e acumulação e não a prestação de serviços médicos e farmacêuticos aos trabalhadores.

Avançando para os anos 1950, houve a criação do Ministério da Saúde em 1953 também com programas de combate a endemias na área rural, mas direcionado a quem contribuía com a previdência. Com o crescimento desenfreado da industrialização, houve também a necessidade destes tantos novos trabalhadores serem atendidos pelo sistema de saúde, nesta época também surge os convênios em parceria com as empresas e indústrias.

Em 1964, com o golpe militar, a saúde pública se tornou cada vez mais precária pois houve uma grande comercialização dos atendimentos em saúde, e ainda doenças já erradicadas voltaram a ser riscos para a população. Claramente quem era mais atingido por tais mudanças eram as classes mais pobres e periféricas. Neste momento, a privatização se torna prioridade.

Ficando cada vez mais evidente esse decaimento ao acesso à saúde pública brasileira, em meados da década seguinte, houve uma movimentação popular que deu alguns resultados, Oliveira (2012) aponta que

Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que distribuiu recursos para investimento na expansão do setor hospitalar (sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público). Em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que passou a coordenar todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social (BAPTISTA, 2007). (OLIVEIRA, 2012. p. 38)

Estando a vista as desigualdades enfrentadas, a OMS (Organização Mundial da Saúde) salientava a importância de um acesso igualitário e sem dificuldades

(...) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; a saúde deve estar ao alcance de todos, pessoas e famílias e em locais acessíveis à comunidade; a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; por último, o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país (SCLIAR, 2007). (OLIVEIRA, 2012. p. 39)

Chegando próximo à redemocratização, ocorreram conferências para discutir o momento da saúde brasileira, sendo na VII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980, onde debateu-se e foi denotado “propostas a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).” (OLIVEIRA, 2012, p. 39).

Mais adiante foi notado a ineficiência do Prev-Saúde, onde foi descoberto desvios de verbas, dentre outras corrupções, sendo necessário reformar o programa. Foi desenvolvido o programa nomeado Ações Integradas de Saúde (AIS), que podia se identificar como um ensaio para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos anos seguintes ocorreram crises de ordem econômica, social e política que refletia diretamente na saúde da população que causou a necessidade de acontecer a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que evidenciava a ideia ampliada de saúde e ela como direito.

Naquele momento foram aprovadas, com unânimes 4.000 votos, diretrizes que universalizariam os cuidados em saúde, sendo elas norteadoras para a implantação do SUS, mas ainda nos anos posteriores. Em 1988, na sétima Constituição brasileira – a Constituição Cidadã, são promulgadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

1.2 SUS Constitucional

O Sistema Único de Saúde está presente nos Artigos 196 a 200 da Constituição Federal Brasileira sendo seu primeiro parágrafo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No referido artigo, têm-se um dos princípios fundamentais do SUS que se trata da universalização de seu atendimento, onde toda e qualquer pessoa pode e deve ser atendida. Posteriormente, no artigo 198, é descrito que há a integralização dos serviços e ações seguindo uma ordem de três diretrizes, sendo elas: “a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (Constituição Federal, 1988)

As determinações que discorrem acerca do financiamento do programa, perpassam as seguintes resoluções:

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

É informado também sobre a fiscalização destes recursos que são realizados em suas respectivas localidades (União, governo, estados e municípios).

No artigo 199, é deliberado sobre a iniciativa privada a participação complementando o SUS, sob modo de contratos ou convênios, sendo proibida a viabilização de recursos públicos a instituições privadas com finalidade lucrativa.

Por fim no artigo 200, são expostas o restante das atribuições e competências do Sistema Único de Saúde que mencionam as funções da vigilância sanitária e a proteção do meio ambiente.

1.3 Reforma Sanitária Brasileira

A Reforma Sanitária deve ser considerada um marco na história do Brasil e não apenas na história da saúde, já que a partir dela, desencadeou-se decisões e caminhos importantes. Jairnilson Silva Paim (2008) aponta que este acontecimento pode ser considerado uma “reforma geral” pelas consequências geradas na sociedade e justifica pelo marxismo

A opção pelo marxismo, enquanto corrente teórica (PAIM, 2006b), e pelo pensamento desse filósofo da práxis deve-se ao fato de suas categorias de análise serem passíveis de contextualização para a realidade brasileira, além de terem fundamentado, segundo alguns autores, a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (GALLO; NASCIMENTO, 1989, GRYSZPAN, 2005) e serem utilizadas para esboço de uma teoria para tal reforma (OLIVEIRA, 1988), alvo de produtiva polêmica (CAMPOS, 1988a, FLEURY, 1988a, CAMPOS, 1988b). (PAIM, 2008. P. 39)

Sendo assim, é explicado que o contexto social da época, a união da classe trabalhadora, a leitura social e o entendimento destes, são imprescindíveis para compreender a importância e os acontecimentos, sendo estes os anos 1970, onde o país já se encontrava no Regime Ditatorial Militar há quase uma década, mas em contrapartida a estrutura da reforma perpassa a “democratização da saúde, do Estado e da sociedade”, que ia em direção contrária àquele momento.

É perceptível que a Reforma Sanitária Brasileira é um tanto “abstrata”, já que diversas fontes não conceitualizam diretamente ou a definem como um momento marcado e assentado, apesar disso sua consolidação acontece na 8ª Conferência Nacional de Saúde, desempenhada em 1986, na capital brasileira.

O Serviço Social, na ocasião supracitada, se encontrava na perspectiva modernizadora que adaptava as exigências do momento histórico sem muitas contraposições, mas já caminhando para o movimento de reconceituação, Maria Inês Bravo e Maurílio Castro (2006) afirmam

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO e CASTRO, 1996).

Ou seja, era de uma perspectiva funcionalista e “paliativa”, e ainda concomitantemente era questionado dentro da profissão o próprio Serviço Social Tradicional e também os caminhos que iriam ser seguidos.

Politicamente, o Brasil ainda se recuperava da Ditadura Militar quando fora realizada uma eleição indireta elegendo seu primeiro presidente não militar, mas não ocorreu a mudança imediata na saúde pública brasileira apesar do “bom momento”, mesmo que tenha-se dado passos importantes como a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que deu autonomia aos estados para realizarem políticas voltadas a ampliação dos cuidados em saúde.

A ideologia neoliberal, que tinha como plano para o Estado se retirar das responsabilidades para com o bem-estar da população e passar estas para a iniciativa privada, com o intuito de focar no seu próprio retorno financeiro,

sucateando assim o que era oferecido. Sendo assim, o neoliberalismo continuou firme a ponto de haver retrocessos do que já se tinha avançado em 1988, apesar do SUS representar justamente o contrário. Tanto o Sistema Único de Saúde quanto a Previdência Social foram dominados pela Contrarreforma do governo

Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro. (BRAVO, 2006, p. 13)

O resultado era o desmonte do SUS, indo contra os princípios iniciais da universalidade, equidade e integralidade, ao desvincular as campanhas e programas em saúde apenas fornecendo atendimento básico e direto hospitalar, além da má distribuição orçamentária.

Após as resoluções de caráter mais introdutório, em 1990, junto a posse do presidente eleito Fernando Collor de Mello, deu-se início a execução do Sistema Único de Saúde, porém com as características daquele governo de caráter neoliberal, não interligado à reforma sanitária e vetando a participação popular.

No mesmo ano, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que definia as funções e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e também a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 complementa o que já fora sancionado antes, na Lei 8080, apresentando definições que fazem com que o sistema de saúde público seja mantido de forma regular e atualizado e que atenda as demandas que surgirem.

Utilizando-se de Conferências de Saúde, com participação popular, que se reúnem a cada quatro anos para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde”.

O governo seguinte, de Fernando Henrique Cardoso, que ocorreu por dois mandatos (1995-2003), traz políticas sociais de diversas áreas, incluindo o Bolsa-Alimentação e o Programa de Saúde da Família, como aponta Carmem Araújo (2017, p.192)

A despeito do ajuste econômico, o governo FHC teria avançado na institucionalização de um sistema de proteção social no Brasil, com inovações na área social, com a criação de programas não-contributivos de assistência social: Bolsa-Escola, Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás, Agente Jovem, Programa de Saúde da Família, Programa de Apoio à Agricultura Familiar. Assim, a agenda das políticas

sociais teria respondido às falhas na alocação dos gastos sociais nos grupos mais pobres e vulneráveis (ARAÚJO, 2017. P. 192)

Segundo Araújo (2017, p. 195), apesar do citado o governo FHC possuía a disposição de “tirar” o dever do estado em relação a saúde para com a população, indo diretamente contra e ainda com a ideia de modificar o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. A intenção não era fortalecida o suficiente para prosseguir firme, mas a forma que o governo Fernando Henrique lidava com o Ministério da Saúde mostrava seus ideais

Em 1995, o quadro econômico do Ministério da Saúde era de débitos vencidos e acumulados, além dos juros e encargos a pagar em virtude do empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador, e de elevada dependência dos repasses do Tesouro Nacional, conseqüentemente submetidos às decisões da esfera econômica do governo federal (MARQUES E MENDES, 2005). Somado a isso, havia um conjunto de irregularidades e fraudes na rede privada de serviços que ampliava a vazão de recursos públicos, enquanto a rede pública dava alerta de sucateamento, carente de reforço em sua infraestrutura e de pessoal. (ARAÚJO, 2017. P. 196 *apud* MARQUES E MENDES, 2005)

Partindo para o governo Lula da Silva, que se inicia em 2002, é sabido que o Partido dos Trabalhadores (PT) tem como maior objetivo, ainda naquela época, fortalecer a luta da classe trabalhadora e unir trabalhadores urbanos e rurais.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49).

Nos anos de governo reeleito posteriores, sendo estes 2006 e depois com Dilma Rousseff em 2010 e 2014, o PT transformou-se num partido que iria também dar atenção a grandes empresários, se perdendo na inicial luta trabalhista.

Tratando-se de saúde pública, a esperança era de que o SUS fosse executado da forma que fora proposto em suas diretrizes, o que não ocorreu desta forma. Francisco Batista Júnior (2014) afirma que a justificativa de falta de investimento e verba está completamente equivocada, já que nos três primeiros mandatos, houve um investimento bem maior que o esperado. O autor também destaca que a estrutura do sistema não é executada da forma que foi delineada em sua Lei

Essa distância que existe entre a teoria e a prática acontece exatamente em função da implantação do SUS acontecer, não para ser a política transformadora pensada na reforma sanitária, mas sim para atender aos interesses fisiologistas, corporativistas, mercantilistas e patrimonialistas que norteiam a administração do Estado brasileiro. (JÚNIOR, 2014. p. 20)

Uma grande característica, que é imprescindível se destacar, é a das privatizações ocorridas nestes governos e existentes até os dias atuais, estas ações enfraquecem o sistema público de saúde e fortalece o privado. São os planos de saúde e hospitais particulares que se beneficiam com a precarização do SUS, trabalhadores da saúde optam por atender apenas desta forma

Com a rede própria do SUS fragilizada e os profissionais médicos optando pelo exercício profissional na rede privada contratada/conveniada, a população e os gestores ficaram totalmente reféns da rede privada e das corporações profissionais organizadas em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados “cooperativas”, formando verdadeiros cartéis pelo país afora. (JÚNIOR, 2014. p. 21)

Mesmo com estas inúmeras questões de gestão e administração o Sistema Único de Saúde ainda é o maior avanço se tratando de saúde pública e cuidado com a população, o oferecimento de tratamento, medicamentos, vacinação e fiscalização, fornece ao país uma segurança, mesmo que baixa, de que haverá uma forma gratuita e eficaz de cuidado sem se preocupar com uma conta de valores inconcebíveis no final.

O avanço do neoliberalismo está presente nos governos do PT e é enraizado nos governos ultraneoliberais seguintes, de Michel Temer (2016-2019) e Jair Bolsonaro (2019-2022). No próximo item irá ser discutido particularmente a atenção primária ao longo de vários períodos históricos.

1.4 Atenção primária em saúde

De acordo com o que já foi exposto, o tema deste trabalho é constituído por uma análise do trabalho do(a) assistente social na atenção primária em saúde. Desta forma realizara-se uma análise acerca deste nível de atendimento dentro do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Mendes et al. (2019), a atenção primária em saúde que conhecemos hoje tem sua origem baseada no modelo do Relatório Downson do Reino Unido, desenvolvido em 1920 e que organizava seu sistema em “(...) serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino” (PENN et al., 1920).

O documento citado determinou a organização dos cuidados em saúde naquela década, porém, aconteciam adaptações de acordo com as necessidades postas. No Reino Unido, também, se desenvolveu os primórdios da especialidade

médica da Medicina de Família e Comunidade, sendo esta área médica de maior destaque na atenção primária.

Nos séculos posteriores aconteceram movimentos políticos que fortaleciam ainda mais a formação da estrutura da APS, o que acarretou na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que aconteceu na cidade de Alma-Ata, na antiga República Socialista Soviética Cazaque, atualmente República do Cazaquistão, no ano de 1978. A partir da Conferência, a OMS determinou a atenção primária em saúde como

(..) cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação. (OMS, 1978)

No Brasil, a linha do tempo de acontecimentos é definida em oito momentos marcantes, ainda de acordo com Mendes et al (2019), que organizam esta linha do tempo em ciclos. No primeiro ciclo são abertos centros de saúde na Universidade São Paulo em 1924, parecidos com os mencionados anteriormente, no segundo ciclo criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública, atual Fundação Nacional de Saúde. Mais à frente, em meados dos anos 1960, houve um movimento de fomentação em relação a saúde de mães e crianças, prevenção de doenças como tuberculose e hanseníase, considerado o terceiro ciclo. O quarto ciclo de desenvolvimento da APS foi a do aumento de cobertura de atendimentos.

O quinto ciclo foi marcado por uma crise da Previdência Social que acabou por juntar o atendimento médico dos beneficiários à atenção primária. O Sistema Único de Saúde demarca o sexto momento, após a implementação do SUS, em 1990¹, houve um movimento direcionado aos municípios do país para assumir cuidados primários em saúde², o que deu muito certo, segundo Monnerat et al (2004), já que foram implantados mais de 3.000 PSFs (Programa de Saúde da Família) em todo o país que cobria para além de 20% da população brasileira.

¹ É importante lembrar que no período de redemocratização (1945-1964) houve um investimento em centros de saúde relacionados à atenção primária que se conhece hoje, mas sem a roupagem e a política do SUS

² Diferentemente do momento ditatorial anterior, que fixava o poder central e não havia a mínima participação popular

A Constituição de 1988, demarcou o desenvolvimento de diversas políticas sociais, porém transferir o poder aos estados e municípios torrencialmente, fez com que ocorresse uma desorganização e deixando questões referentes às políticas sociais “desorganizadas” ou vagas. Entretanto,

A maior autonomia dos municípios na gestão e provisão dos serviços de saúde criou as condições necessárias para que, na segunda metade da década de 1990, a atenção básica em saúde constituísse item central na agenda setorial. E é exatamente neste contexto que o Programa Saúde da Família adquire estatuto de política prioritária para reorganização dos sistemas locais de saúde. (MONNERAT et al. 2012. p. 110)

Segundo Escorel et al (2007, p. 3), o Programa de Saúde da Família recebe o título de porta de entrada do Sistema Único de Saúde, já que é por meio dele onde o paciente chega com suas questões gerais e é encaminhado para outro profissional especializado, assim afunilando o restante dos níveis de atendimento e indo direto ao tratamento correto, é necessário que a Unidade de atendimento seja localizada geograficamente acessível e com horários que permitam o acesso da classe trabalhadora. A Política Nacional de Atenção Básica garante à população o acesso a saúde de qualidade o mais próximo de onde moram, trabalham e estudam, sendo esta, considerada a porta de entrada para o SUS.

Ainda nos anos 1990, não somente no Brasil, mas também no restante da América Latina, acontecia uma direção de financeirização sobre as políticas sociais tanto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), quanto pelo Banco Mundial, que arcavam com o restante dos gastos em saúde, em locais mais vulneráveis onde o governo encontrava dificuldades.

Retornando, o sétimo ciclo de desenvolvimento é finalmente marcado pelo surgimento do Programa de Saúde da Família, que é o conhecido até os dias de hoje

Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS, uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros. (MENDES, 2015. p. 32)

Por fim, o oitavo e último momento, que demarca a Estratégia de Saúde da Família (ESF), política implantada no SUS e executada pelo PSF nas Unidades Básicas de Saúde.

Outro momento importante é a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2008, que tem como intuito aumentar a atuação da APS, o NASF é composto por profissionais de diferentes áreas além do/da assistente social, como psicólogos, profissional de educação física, fonoaudiólogo³, etc.

O NASF não é a porta de entrada do SUS, atua de forma integrada com a ESF. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família –NASF além de ampliar a abrangência e os serviços da atenção básica, aumenta sua resolutividade e eficácia e reforça os princípios da territorialização e regionalização, pilares básicos do Sistema Único de Saúde –SUS (BRASÍLIA, 2014). (SOUZA e ÁVILA, 2019. P. 95)

Pontuando a área durante o governo Jair Bolsonaro, era visto ocorrer um desmonte da universalidade do SUS em todos os aspectos da política, não era diferente na atenção primária. Além de deixar agravar a pandemia de COVID-19, a ideia também era dificultar o acesso a porta de entrada do sistema, como aponta Mendes et al. (2022, p. 3) sobre a atenção primária de saúde em 2022,

(...) já há um ano de implementação, vem estimulando o caráter de um “SUS operacional”, restrito a formas de acesso voltadas para aspectos gerenciais, isto é, somente às pessoas cadastradas pelo esforço das secretarias municipais de saúde, refletindo num processo de destruição, “a conta gotas”, de seu princípio universal, abrindo espaço para o capital privado ocupar o lócus da virtude histórica construída pelo setor público nos 33 anos de SUS: a APS. (MENDES et al. 2022.p 3)

O termo “SUS operacional” citado, se trata de uma alusão que o autor faz à “universidade operacional”, reflexão da autora Marilena Chauí (1999) acerca do que o capitalismo e o neoliberalismo causaram na educação superior e também a perda de autonomia

Neste sentido, desconsidera-se a universalização do direito e são reforçados os privilégios e as carências, sob a cantilena “os ricos devem pagar pelos pobres”. A educação, de direito, é transformada em serviço e a universidade é entendida como mera prestadora de serviços. Confere-se um sentido bastante determinado à ideia de autonomia universitária, introduzindo os termos: “qualidade universitária”, “avaliação universitária” e “flexibilização universitária” (MENDES et al, 2022. P. 3)

³ Fonte: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/>

O financiamento da área transformou-se desde o início do governo ultraneoliberal de Bolsonaro, o repasse de verba aos municípios teve reduções e cortes.

Por esse novo modelo de financiamento, algumas linhas de transferência federal a estados e municípios do Grupo Atenção Básica sofreram alterações de parâmetros e valores. A mais emblemática delas foi a extinção do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), linha de transferência que destinava de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 (inversamente proporcional aos indicadores socioeconômicos municipais) por habitante/ano, em repasses mensais e regulares ao conjunto dos municípios, isto é, para toda a sua população, respeitando o caráter da atenção universal. (MENDES et al. 2022.p 5)

Mendes et al (2002, p.4) também afirma que ocorreu um acompanhamento dos interesses do mercado e deixando a APS apenas para quem “precisasse” indo contra a proposta de universalidade do SUS.

Em 2019 deu-se início ao Programa Previne Brasil, que tinha como intuito exatamente mudar a forma de financiamento da APS, esta mudança ocorreu de forma automática sem qualquer discussão no Conselho Nacional de Saúde (CNS), desta forma, os autores afirmam, “Os repasses se mantiveram mensais, sendo transferidos na modalidade fundo a fundo, passando a se estruturarem em três componentes: (i) Capitação Ponderada; (ii) Pagamento por Desempenho; e (iii) Incentivos para Ações Estratégicas.” (MENDES et al. 2022.p 5)

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL

Neste capítulo se discutirá o trabalho do/da assistente social, sua origem, mudanças e desafios até os dias atuais, além do momento histórico brasileiro. Perpassando o tradicionalismo, cujas características vão de encontro a Igreja Católica e a filantropia até a crítica à economia política, onde se elabora uma nova ordem societária que suprime a exploração da classe trabalhadora e as desigualdades adjacentes.

O Serviço Social brasileiro surge em meio a um momento político marcante para a democracia: os anos 1930. Nesta década, o Brasil estava se desmanchando da política do café com leite⁴ logo após a crise financeira de 1929, o próximo presidente eleito foi Getúlio Vargas, que foi líder da Revolução de 1930 – que procurava acabar com o acordo anterior. Além do citado, o momento era também da ascensão burguesa industrial e com isso o crescimento do operariado urbano e da industrialização rápida, aparecendo assim as inúmeras refrações da “questão social” relacionadas.

2.1 O momento histórico da gênese do Serviço Social brasileiro

Retornando um pouco, para 1920, Marilda Vilela lamamoto (1982) faz apontamentos em relação a medidas tomadas das responsabilidades de empresas e indústrias para com os trabalhadores, sendo elas de cunho da segurança contra acidentes de trabalho – anteriormente apenas existiam decretos sanitários, tais medidas foram resultado da luta da classe trabalhadora.

Na segunda metade dos anos 1920, o Brasil entra na Organização Internacional do Trabalho (OIT) o que acarreta mudanças significativas na legislação trabalhista brasileira. Apesar das medidas e legislações serem mínimas e faltarem com propostas eficazes e importantes, lamamoto (1982) aponta acontecimentos que se destacam naquele momento, em 1925 cria-se o Conselho Nacional do Trabalho, que movimenta a Constituição vigente, sendo esta, ainda de 1891.

⁴ Dá-se o nome de café com leite, o acordo político que fazia com que os presidentes fossem de São Paulo e Minas Gerais alternadamente, que eram os principais produtores de café e leite respectivamente.

Entre 1926 e 1927 são promulgadas leis trabalhistas importantes para o momento, incluindo o código de menores⁵, trabalho feminino e seguro doença. Segundo Iamamoto (1982)

A dominação burguesa implica a organização do proletariado, ao mesmo tempo em que se implica sua desorganização enquanto classe. A tentativa de controle da organização do proletariado implica que este seja reconhecido pelo Estado enquanto classe, e enquanto classe social espoliada. Implica leis de exceção que rompem a ortodoxia liberal, intervindo abertamente no mercado de trabalho. A hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle. (IAMAMOTO, 1982. p. 141)

Até então, toda e qualquer luta trabalhista era mal vista pelo Estado, este por sua vez, lidava usando violência policial para manter a “ordem” social e não estremecer a vigência do capitalismo. A burguesia e os grandes empresários derivados da agro exportação embasam estas ações, ou as desconheciam. Ainda neste momento, ocorreram demissões em massa e crises que acarretaram numa enorme escala de pauperismo e acarretando o assistencialismo por parte desta burguesia, a partir disso é formado o bojo do Serviço Social brasileiro.

Tendo em vista os movimentos sociais apontados, é delineada a “questão social” e as protoformas do Serviço Social, que se trata diretamente da caridade, da ação social, do voluntariado, etc., ligada à Igreja Católica, que guiava as ações baseadas na filosofia tomista⁶.

A Igreja justificava a partir de uma carta encíclica do Papa Leão XIII denominada *Rerum Novarum* de 1891, onde afirmava que a “questão social” deve ser uma alcunha tratada apenas pela entidade, com dizeres que declararam que as classes sociais deveriam se “entender” e que o socialismo instigava inveja e rivalidade entre o proletariado e seus patrões, além de, obviamente, aproveitar a oportunidade para atrair fiéis.

No Brasil, ainda se tratando da influência católica, é lançado um documento chamado “Nação Católica” onde se descreve as ações sociais planejadas não apenas para a população vulnerável, mas também com a intenção de atingir mais poder público incluindo o financiamento, e não equiparando, mas ultrapassando o

⁵ O código de menores vigorou de 1927 a 1990, com uma ideia higienista onde qualquer menor de 18 anos em situação de desproteção social, era encaminhado para abrigos. Além de mudar a conduta em relação a menores infratores, onde deixam de ser encarcerados com presos adultos.

⁶ Tomismo é a filosofia de Tomás de Aquino, que pregava a aproximação e semelhança à Deus.

Estado. Apesar disso, as duas instituições apoiaram-se entre si para continuarem firmes e no controle da população.

Além disso, existia o movimento de reforço do clero, para que estes fossem capazes de “reduzir” os movimentos sociais e indícios de necessidade de mobilização por parte dos trabalhadores e freassem o “anticlericalismo, o positivismo, e o laicismo das instituições republicanas” (IAMAMOTO, 1986. p. 153).

Ao mesmo tempo, aconteciam inúmeras mudanças sociais marcantes como a Semana de Arte Moderna de 1922, fundação do Partido Comunista Brasileiro (PCB), transições da predominância econômica e “transformações sociais decorrentes do aprofundamento do modo de produção capitalista” (IAMAMOTO, 1986. p. 151).

Chegando ao fim da República Velha, ocorre um movimento de “revolta” tenentista – onde os militares se rebelam contra a política do momento – e a Igreja Católica se contrapõe exigindo ações de controle, também passam por censura todas as manifestações artísticas consideradas críticas às decisões e imposições.

Se tratando da principal situação-problema que levou a Igreja a seguir e criar regras e normas e chegar onde chegou, a “questão social” ficou de lado e não era tratada como uma questão a ser resolvida e lida da melhor e mais rápida maneira possível. A Igreja se encontrava fortalecida e poderosa, já os trabalhadores não viam a mudança na realidade concreta e o menor apoio nos movimentos sociais.

O período denominado República Velha é finalizado pelo movimento político-militar e problemas de ordem econômica relacionados, como consequência, iniciava-se a Revolução de 30, e neste período, o capitalismo – como já se sabia, se desenvolvia pela economia do café, mas de acordo com Iamamoto (1986), a industrialização caminhava a passos largos e permitia fazer-se de base sólida para o futuro do modo de produção vigente.

A crise de 1929 foi o que acabou de balançar as estruturas da rentabilidade da produção cafeeira, que se iniciou quase uma década antes, de acordo com Wilson Cano (2015), o Brasil reagiu de maneira mais rápida dentre outros países da América Latina e foi iniciada uma política de industrialização acelerada para conter os estragos econômicos causados pela crise, o que de fato mudou a direção rentável no momento, mas não findou de vez a produção de café – a direção da

exportação foi trocada pelo comércio interno para segurar a situação. Apesar do abalo econômico, a burguesia e os grandes grupos de poder não se fragilizaram tanto e não houve qualquer equiparação entre as classes.

O Serviço Social se encontra naquele momento surgindo calmamente através de um assistencialismo precário, mesmo com a escravidão abolida, suas consequências ainda eram (e são) evidentes, já que nunca houve uma política para que essa população fosse inserida na sociedade da forma correta, o que tornava esses trabalhadores ainda mais sujeitos às expressões da “questão social”. Além disso, o capitalismo dependente, a vinda de trabalhadores europeus expõe uma pauperização causada pelo crescimento rápido da industrialização e urbanização e que também atinge a população rural.

Embora se veja evidente a exploração da classe trabalhadora em diversos momentos anteriores, é apenas no século XX onde se “enxerga” a “questão social”, no desenvolvimento dos processos de industrialização, já que é quando ocorre uma organização dos trabalhadores e nasce um primeiro momento de sindicalização assim como greves, Júlia de Paula (2016) afirma

Como resposta às lutas de trabalhadores surgem as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho e, embora poucas, as primeiras leis trabalhistas como: habitação popular (1921), Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários (1923), regulamentação dos feriados (1925). Mas será com a crise de 1929 que a necessidade de mudanças concretas levará a burguesia a desencadear o golpe de 1930 colocando Getúlio Vargas no poder. Neste período, a burguesia terá um dos mais importantes momentos de sua ascensão. (DE PAULA, 2016. p.4)

Adiante, em 1932, é fundado o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), para atender o setor da Ação Social que via necessidade em organizar o que era realizado no quesito assistencial pela burguesia com ajuda da Igreja Católica. Nele, era ministrado o Curso Intensivo de Formação Social para Moças, que era frequentado em sua maioria por mulheres de famílias ricas.

Os objetivos do centro perpassavam a doutrinação católica como base do ensino e preparava as alunas para lidar e compreender os problemas sociais, além trabalharem para orientar a população trabalhadora a não se “rebelar”. Ou seja, mecanismos de controle com características conservadoras, sempre referenciando a família e sua importância moral e social.

O embasamento para a fundação da primeira Escola de Serviço Social de São Paulo – a primeira do Brasil, são os grupos e organizações católicas. Ministravam-se disciplinas relacionadas a filosofia, direito do trabalho, enfermagem, moral, doutrina, etc.

Seguidamente, Iamamoto (1986) assinala a percepção de que a procura pela formação aumenta na medida em que cresce a necessidade de ter essas profissionais inseridas em departamentos estaduais e municipais relacionados ao trabalho, migração e fiscalização do trabalho feminino e infantil.

Adiante, em 1935 é criado o Departamento de Assistência Social do Estado

A ele competiria: *a)* superintender todo o serviço de assistência e proteção social; *b)* celebrar, para realizar seu programa, acordos com as instituições particulares de caridade, assistência e ensino profissional; *c)* harmonizar a ação social do Estado, articulando-a com as dos particulares; *d)* distribuir subvenções e matricular as instituições particulares realizando seu cadastramento. (IAMAMOTO, 1982. p. 185)

Neste departamento também era inserido o trabalho relacionado a “Serviços Sociais de Menores, Desvalidos, Trabalhadores e Egressos de reformatórios, penitenciárias e hospitais” e a Consultoria Jurídica do Serviço Social (IAMAMOTO, 1986, p.185)

2.2 Movimento de Reconceituação do Serviço Social

Um dos marcos principais do Serviço Social no Brasil é quando a profissão adquire seu caráter crítico por volta de 1965, de acordo com José Paulo Netto (2005, p. 6), rompendo com as tradicionalidades que carregava ao longo do seu desenvolvimento. Esse modo de pensar a profissão, daí em diante, caracteriza-se pela crítica das relações sociais e ao modo produtivo capitalista.

Netto (2005) afirma que o rompimento com as práticas tradicionais carrega a justificativa de acabar com o Serviço Social paliativo, burocrático, funcionalista, com uma base liberal – onde a vida cotidiana da população era considerada à parte da exploração.

O tensionamento das estruturas sociais do mundo capitalista, tanto nas suas áreas centrais quanto periféricas, ganhou uma nova dinâmica e gestou-se um quadro favorável para a mobilização das classes subalternas em defesa de seus interesses imediatos. (NETTO, 2005. p 6)

Acontece também a elevação da dimensão política do Serviço Social, já que o caminho conservador trilhado até o momento, impedia o desenvolvimento dessa característica, já que também era voltada para a política liberal.

Netto (2005, p. 6) aponta a “interlocação crítica com as ciências sociais” como conquista do movimento de reconceituação,

(...) o “Serviço Social tradicional” construía-se como um receptáculo passivo, um vazadouro acrítico dos produtos das ciências sociais acadêmicas (notadamente norte-americanas); a Reconceituação, incorporando a crítica do tradicionalismo, lançou as bases para uma nova interlocação do Serviço Social com ciências sociais, abrindo-se a novos influxos inclusive da tradição marxista) e sintonizando-se com tendências diversificadas do pensamento social então contemporâneo; (NETTO, 2005. P. 12)

Além de outras conquistas como o “pluralismo profissional” e uma articulação latino-americana, é apresentado pelo autor a principal delas é a “recusa do profissional de Serviço Social de situar-se como um agente técnico puramente executivo” (NETTO, 2005. P. 12), adentrando também nas áreas de planejamento, intervenção, mediação e pesquisa.

É explicitado também pelo autor, equívocos que atravessaram este momento, como o combate ao conservadorismo que acabou “misturando” a profissão com a militância, a “recusa às ‘teorias importadas’”, segundo Netto (2005, p.13) e por fim, uma certa “mistura ideológica” onde procura-se sanar e agradar a tudo e todos.

2.4 O Serviço Social na saúde

Já é sabido acerca do início do Serviço Social como profissão e que neste período, a saúde foi a política onde mais se concentrou profissionais até o surgimento do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), em 2004, que expandiu a atuação na política de Assistência Social.

De acordo com Francis Sodré (2010, p. 455)

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (SODRÉ, 2010. p. 455)

Trabalho este, caracterizado pelo Serviço Social de caso, que individualizava o usuário perante a sociedade, com ações de cunho higienista e sanitarista. A autora apresenta o profissional de Serviço Social como agente de controle social e reproduzidor de ações, sendo apenas um executor imediatista, ignorando toda a totalidade.

Sodré (2010, p. 457) compara o trabalho dos assistentes sociais com o modelo fordista T, cuja característica é de cada setor responsável apenas por uma parte da produção onde o trabalhador não precisava de qualificação e sequer via o resultado final, sendo assim, cada profissional era responsável por um aspecto específico da queixa do usuário/paciente, sem investigar a realidade concreta envolvida, o que não solucionava o problema.

A partir dos anos 1990, mudanças na política de saúde mudaram a presença do/da assistente social, já que a luta e a resistência são características presentes no cotidiano da profissão. A Estratégia de Saúde da Família foi exemplo do desmonte do trabalho caracterizado, pontual e técnico, já que trabalham profissionais de várias áreas.

Em 2010, o CFESS publica o documento denominado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, neste documento pode ser encontrado as problematizações em relação as demandas e atribuições que surgem tanto pelos usuários quanto por outros profissionais.

Os pontos em destaque tratados pelo documento são política de saúde, SUS, serviço social e saúde, atuação do/da assistente social na saúde, atribuições e competências, atendimento, articulações com a equipe, etc.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (CFESS, p. 33. 2010)

Abordando o item acerca do atendimento direto ao usuário, são mencionadas ações socioassistenciais, interdisciplinar e socioeducativas (CFESS, p.42. 2010). São ações direcionadas a um trabalho coletivo e integrativo, não podendo ser realizadas de forma metódica e individual. Além disso, é necessário que o

profissional saiba quais são suas atribuições para que demandas que não são do Serviço Social tomem espaço das questões de fato da competência do profissional.

É importante ressaltar que o documento elaborado pelo CFESS problematiza demandas que não fazem parte das atribuições do/da assistente social na equipe de saúde, algumas destas são mais comuns deste ambiente de trabalho, seja por sobrecarga ou por falta de conhecimento do empregador e colegas, sendo elas

- (..) • marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p. 46-47)

Estas demandas ou são de outro profissional da área da saúde ou de cunho técnico-administrativo, com necessidade técnica especializada “não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais”. (CFESS, 2010. P. 43).

É mencionada também a alta, onde é necessária a participação de diferentes profissionais, incluindo o/a assistente social neste processo, já que não se trata apenas do fim dos cuidados clínicos e hospitalares, mas também das condições materiais e concretas do usuário/paciente para continuar e manter-se saudável e/ou em tratamento. O documento demonstra os principais motivos dos usuários solicitarem a alta, sendo estes

- desinformação quanto ao tratamento e procedimentos;
- aspectos culturais e religiosos;
- necessidade de sobrevivência/manutenção familiar;
- demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família. (CFESS, 2010, p. 48)

Desta forma, é necessário que o/a assistente social reflita com o usuário o ouvindo, tirando suas dúvidas e também com a equipe de saúde, para compreender o motivo em que o fez tomar esta decisão. (CFESS, 2010, p.)

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A POLÍTICA E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tendo como objetivo de aprofundar os estudos sobre a atuação do(a) assistente social na atenção primária de saúde, neste capítulo será feito um levantamento bibliográfico acerca dos artigos submetidos e aprovados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)⁷ do ano de 2022, que teve como tema “Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina”.

No ano de 2022 realizou-se a 17ª edição, organizada pelo conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social), pela ABEPSS (Associação Brasileira de Estudo e Pesquisa em Serviço Social) e pela ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social), foram aceitos e publicados 1293 trabalhos que tratam de diversos temas e questões que permeiam o trabalho do/da assistente social. Foi feita uma filtragem destes trabalhos com os termos: atenção básica, atenção primária, saúde da família e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Dos 1293 trabalhos, 7 haviam atenção básica no título, 6 continham atenção primária, 9 foram encontrados contendo saúde da família e 3 haviam NASF. Totalizando 25 trabalhos, porém foi necessário ser feito um novo afinamento já que o objeto deste trabalho é especificamente a atuação do/da Assistente Social na atenção primária e em alguns dos artigos não era essa a problemática principal.

Em uma nova filtragem, a partir da leitura dos resumos dos trabalhos o número total de artigos foi reduzido a 13, após a desconsideração de artigos que não tratavam do objeto deste trabalho, sendo estes 7 tratando diretamente a atuação na atenção primária e 6 tratando indiretamente. Dos que tratam diretamente apenas 3 tem a pandemia de COVID-19 como fator atenuante nos resultados, dos que tratam indiretamente são 3 trabalhos discorrendo acerca do novo coronavírus, sendo 1 deles analisando todos os setores de saúde.

Dois artigos desenvolvem reflexões voltadas para âmbito da educação, sendo dois deles relacionado a residência multiprofissional e o outro se tratando de educação em saúde para a prevenção de doenças. Um artigo discute o aparato

⁷ <http://cbas.com.br/>

normativo e legislativo para a atuação do/da assistente social na saúde pública em geral, e outro sobre a contrarreforma na atenção básica e ainda há um terceiro sobre as contrarreformas do estado e o direito à saúde. Em anexo, está inserida uma tabela com os artigos e seus autores.

O primeiro eixo de análise da pesquisa refere-se aos desafios postos ao trabalho do/da Assistente Social na área, em 5 artigos os desafios no processo de trabalho são a problemática principal, desses cinco, um disserta sobre a contribuição bibliográfica do serviço social para a área e outro sobre as contradições da atuação.

O texto que aborda a contribuição bibliográfica de autoria de Fonseca e Patrocínio (2022), analisa vinte e oito publicações que dissertam sobre a atuação do/da Assistente Social na Estratégia de Saúde da Família,

Destacou-se nas produções a qualificação do/ assistente social devido à formação da profissão, no que se refere a compreender como a realidade social opera, de como a questão social se apresenta, o olhar pela totalidade do indivíduo, isto é, o olhar para além da aparência e a visão e intervenção que qualifica o/a assistente social a atuar de acordo com o que é preconizado. (FONSECA e PATROCÍNIO, 2022. P. 7)

As autoras abordam também textos em que é enfatizada a importância do profissional de Serviço Social como agente de educação permanente apoiando profissionais, usuários e comunidade. Além de uma questão desafiante muito presente no cotidiano do/da assistente social que são as demandas que chegam sem mesmo serem atribuições da categoria, ocorre a falta de troca de conhecimento entre profissionais daquele espaço, o que causa um engessamento do trabalho da equipe. (FONSECA e PATROCÍNIO, 2022. P. 7).

A hipótese levantada para essas demandas à categoria pode ser devido à visão que o Serviço Social é caridade, que resolve os problemas estruturais da sociedade, e na Atenção Básica, essa visão não se altera. O/a assistente social é absorvido por demandas tão urgentes que faz dele um profissional solicitado para resolver demandas imediatas, e não o profissional que irá organizar junto com sua equipe multiprofissional o diagnóstico e o planejamento do trabalho em saúde. (FONSECA e PATROCÍNIO, 2022. P. 8)

Ademais, é descrito que a atuação na ESF e NASF não são de teor privativo do/da assistente social, a maioria das ações e trabalhos realizados, também são funções e instrumentos de outros profissionais da equipe, parecido com o que se vê nos CAPS,

Demonstrando nas produções pouca menção à distinção das ações privativas do/a assistente social, ainda que seja o objetivo do/a Assistente

Social NASF ter seu trabalho de forma multiprofissional, mas notou-se a carência de apresentar seu trabalho de forma mais específica. (FONSECA e PATROCÍNIO, 2022. P. 8)

A adoção de atribuições comuns a todas as categorias profissionais acaba por propiciar a requisição de demandas indevidas às várias categorias exigindo que os profissionais assumam, por exemplo, atividades administrativas como agendamento de consultas e exames dentre outras, como foi mencionado anteriormente no capítulo 2 ao dissertar sobre o texto dos “Parâmetros da Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”, acerca do que não é atribuição do profissional.

Outra colocação se refere a falta de trabalhos sobre a atuação em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde, “(..) categoria fundamental na ESF e grandes articuladores da comunidade com as UBS.”. (FONSECA e PATROCÍNIO, 2022. P. 9)

Sobre os desafios, além dos mencionados, 3 artigos abordam a pandemia de COVID-19 relacionado à atenção primária, que teve seu início crítico no Brasil em março de 2020 perdurando até os dias atuais, matando mais de 6 milhões⁸ de pessoas no mundo, porém com menos mortes pela infecção do vírus no momento atual, sendo este período, um dos que mais destacou as expressões da “questão social” nos últimos anos. Um artigo menciona os desafios, mas não diretamente relacionados à pandemia

A autora Adoración de Castro (2022) relata a experiência de trabalho no NASF que está relacionada a uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo capital⁹, no começo da pandemia,

A partir do início da pandemia pelo novo CORONAVÍRUS e as medidas restritivas, dentre elas o isolamento social, fez-se notório o agravamento à situação de vulnerabilidade que essa população estaria submetida. Nesta situação a equipe da UBS JARDIM NOSSA SENHORA DO CARMO, com o apoio da equipe NASF, passou a buscar estratégias para atendimento emergencial dos moradores. (CASTRO, 2022, p.7)

A autora se refere ao agravamento em que a população estaria submetida pois o bairro onde a UBS está inserida se trata de uma parte da periferia da cidade, onde o acesso a direitos básicos era comprometido.

⁸ Fonte: https://especiais.gazetadopovo.com.br/coronavirus/casos-no-mundo/?utm_source=gazeta-do-povo&utm_medium=infografia-box-promo&utm_campaign=coronavirus

⁹ A cidade de São Paulo tinha a população estimada em 2021 de 11.253.503 pessoas. Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>

Bisco e Sarreta (2002) relatam sobre os desafios da atenção primária na pandemia do novo coronavírus, mas também destaca sua importância no combate a crise sanitária posta,

Entre as estratégias do SUS, a política de Atenção Primária à Saúde (APS) regulamentada a partir da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2011) é considerada um dos maiores avanços para a saúde pública no Brasil e representa a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, com o acesso integral, visando à prevenção e promoção da saúde por meio de equipe multidisciplinar com o foco coletivo, em territórios delimitados, buscando a compreensão das realidades locais para elaboração de estratégias em saúde para além do cuidado individual. (BISCO e SARRETA, 2022. P.2)

As autoras ainda constata importantes colocações acerca do despreparo do governo e suas tomadas de decisões diante da crise que se instaurava, como as trocas constantes da chefia do Ministério da Saúde. No momento em que o número de mortes aumentava desenfreadamente, trocou-se de ministro três vezes. (BISCO e SARRETA, 2022. P.2) Luiz Henrique Mandetta, nomeado no início do governo Bolsonaro, saiu ainda em abril de 2020. O médico ortopedista desagradou o então presidente ao seguir as recomendações da OMS e sugerir o isolamento social, após sua saída, foi substituído por Nelson Teich também médico, que saiu logo no mês seguinte, também por defender medidas eficazes e com comprovação científica.

Após ser ocupado por dois médicos, o Ministério da Saúde é entregue nas mãos do general do Exército, Eduardo Pazuelo que aceitava e ficava à mercê de todas as decisões do presidente da República, incluindo a recomendação do uso de medicação não eficaz para o tratamento da COVID-19. O então ministro deixou o cargo por pressão de políticos do “centrão” pelo número de mortes que se encontrava em uma crescente avassaladora.

O ministro seguinte foi Marcelo Queiroga, médico cardiologista e foi quem ficou no ministério até o fim do governo Bolsonaro, defendia também o isolamento social e era contra a recomendação de medicamentos ineficazes.¹⁰

Sobre a importância da APS é exposto:

(...)reforçando a participação social em saúde, dando voz a população para que as reais necessidades em saúde fossem atendidas, visando o cuidado integral e os determinantes sociais na saúde, uma vez que, além do

¹⁰ Informações sobre os ministros retiradas do site: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>

adoecimento, a vida da população também estava marcada por profundas desigualdades sociais que interferiram diretamente na sua proteção e recuperação da saúde. Essa estratégia é importante ainda no sentido da disseminação de informações e orientações, fortalecendo o aspecto do trabalho socioeducativo na APS. (BISCO e SARRETA, 2022. P.6-7)

Ou seja, é perceptível também a importância do/da assistente social neste espaço de trabalho em relação a ações que diminuam o impacto da desigualdade social na vida dos usuários no momento em que há uma crise sanitária da proporção que aconteceu na pandemia.

Outro artigo que disserta sobre a situação vivida na pandemia é o de autoria de Escobar et al (2022), onde também é feito um relato de experiência, mas direcionado ao trabalho no NASF, em Jaboatão dos Guararapes – PE¹¹. Os autores relatam a dificuldade em outros profissionais reconhecerem as ações que fazem parte do trabalho do/da assistente social naquele espaço

Nesse cenário, em que todas as profissões necessitam encontrar estratégias de atuação e, ainda, com a falta de esclarecimentos acerca das atividades desempenhadas pelo Serviço Social, faz-se imperativo afirmar que, enquanto profissional da saúde, as/os assistentes sociais possuem compromisso na prática profissional com a socialização de informação e orientação ao acesso de direitos, não atuando, assim, no atendimento clínico, mas também promovendo saúde para as/os usuárias/os dos serviços em que estão inseridas/os. (ESCOBAR et al. 2002, p. 3-4)

Também são relatadas as práticas profissionais executadas pelos/pelas assistentes sociais na atenção básica em meio a pandemia do novo coronavírus, no apoio às eSFs (Equipes de Saúde da Família) foram feitas visitas técnicas para reorganizar o trabalho à nova realidade daquele momento, captação de casos para atendimentos de urgência (domiciliares), reuniões de matriciamento entre toda a equipe da unidade, acompanhamento social das famílias com casos possíveis e confirmados de COVID-19 (ESCOBAR et al. 2002, p. 3) e também

Confecção de materiais educativos para socializar com as equipes sobre situações de violência contra a mulher, idoso, crianças e adolescentes; combate a *fake news*; acesso ao auxílio emergencial e benefícios previdenciários; doenças endêmicas; luta antimanicomial; tarifa social (água e energia). (...) Matriciamento sobre notificação de casos de violência; (ESCOBAR et al. 2002, p. 5)

Em relação ao atendimento direto aos usuários é feito contato telefônico aos usuários

¹¹ Cidade em Pernambuco com população estimada em 711.330 em 2021, fonte: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/jaboatao-dos-guararapes.html>

(...) que já estavam em acompanhamento e que se encontram nos critérios para orientações sobre o acesso ao auxílio emergencial; (...) requerentes do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para orientar sobre o acesso ao adiantamento concedido pela portaria conjunta n.º 03 de 05 de 2020 do Ministério da Cidadania e INSS; (...) (ESCOBAR et al. 2002, p. 4-5)

Além do citado é elaborado parecer social e realizadas entrevistas de forma virtual. O trabalho intersetorial feito passa pela articulação com a rede socioassistencial do município e diálogos acerca dos cuidados necessários durante a pandemia. Por se tratar também de uma equipe com assistentes sociais residentes, acontece reuniões semanais com os preceptores e entre a própria equipe de assistentes sociais, por fim, capacitação da equipe em relação as ações a serem tomadas durante a pandemia. (ESCOBAR et al. 2002, p. 5)

O artigo que não aborda o novo coronavírus como fator atenuante principal, é também um relato de experiência no NASF, na cidade do Rio de Janeiro-RJ¹², mais precisamente na favela da Rocinha, de autoria de Torres et al. (2022), onde são revisados o atendimento e as equipes que o compõe.

Logo de início é relatada a dificuldade do trabalho profissional neste campo, sendo afirmado que o Núcleo de Atenção à Saúde da Família foi desenvolvido 14 anos depois do surgimento da ESF, além da quantidade insuficiente de profissionais para atender um número expressivo de cidadãos.

Os autores dissertam que “No Brasil, a Atenção Básica deve ser desenvolvida no local mais próximo da vida das pessoas, sendo o contato inicial e preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.” (TORRES et al, 2022. P. 3)

Sobre o trabalho no NASF, é descrito

O trabalho do(a) assistente social do NASF requer o matriciamento e as interconsultas, onde há o acolhimento desse paciente, sendo feita a anamnese, para entender o motivo pelo qual o/a assistente social foi chamada para o atendimento, e muitos são os relatos, principalmente orientações sobre Benefício de Prestação Continuada (BPC), violência contra crianças e adolescentes, inclusive muitos que estão fora da escola, dentre tantas outras refrações da questão social.

¹² A população estimada em 2021 era de 6.775.561 pessoas, de acordo com o IBGE. Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>

Apesar das dificuldades, principalmente de cunho territorial, se tratando de uma favela, os autores também enaltecem as possibilidades e os resultados dos trabalhos realizados com os usuários.

No segundo eixo de análise foram observadas as possibilidades no trabalho do/da assistente social na atenção primária, nesta temática três trabalhos foram identificados abordando o assunto. Um trata do trabalho na saúde de forma geral durante a pandemia, outro de diálogo e emancipação e o terceiro sobre comunicação na confecção de materiais informativos.

Destaca-se, no artigo sobre o trabalho na saúde de autoria de Medeiros et al (2022)

Assim, a categoria profissional de assistentes sociais passa a ter um redirecionamento sobre o seu trabalho profissional no campo da política pública de saúde, ao mesmo tempo em que assume um posicionamento político e crítico, orientado pela teoria social marxista, na perspectiva de organização com segmentos populares e da construção de um projeto profissional, que se vincula à construção de um projeto societário, pela defesa dos interesses da classe trabalhadora. Desta forma, as (os) assistentes sociais passaram a ocupar espaços importantes no campo da política de saúde, possibilitando, assim, que as(os) mesmas(os) atuassem nos diferentes níveis de atenção e em diferentes setores e espaços desta política, envolvendo desde a execução de ações e serviços até a elaboração e gestão de políticas. (MEDEIROS et al (2022). P. 5-6)

Neste trabalho são apontadas as possibilidades do trabalho profissional do/da assistente social na política de saúde apesar das questões pandêmicas, mas também dos cortes orçamentários que já haviam ocorrendo desde o governo de Michel Temer (2016-2018), que sancionou PECs (Proposta de Emenda à Constituição) de redução de gastos e congelamentos.

De autoria de Pinto e Nunes (2022), o artigo que trata da temática emancipatória também percorre a educação popular como caminho para tal. As autoras afirmam que desenvolveram o trabalho após identificarem a necessidade através da escuta com os próprios usuários da unidade

A Educação em Saúde passa a priorizar ações coletivas que visem a promoção da saúde através de informações democráticas e conhecimento para promoção, recuperação e prevenção da saúde, com um fortalecimento autônomo do cidadão, tornando-o um sujeito crítico e educativo, que contribui para o crescimento tanto dos usuários, quanto dos profissionais envolvidos. (PINTO e NUNES, 2022. P. 6)

É relatado também a diferença entre os modelos tradicionais de educação e o modelo dialógico, como descrevem

Modelo dialógico: trata-se de um modelo que apresenta o diálogo como fundamento teórico metodológico, tornando o usuário como protagonista da prática educativa, ou seja, tornando-os sujeitos de sua própria história. De acordo com Vasconcelos, (2011) “o diálogo delinea soluções e orienta as práticas educativas, contribuindo para a superação do biologicismo, da autoridade do profissional de saúde e do enfoque restrito na doença”. (PINTO e NUNES, 2022. P. 7)

Dessa forma, as autoras apontam as ações desenvolvidas na unidade, sendo estas “Sala de Espera”, encontros promovidos junto à equipe de enfermagem com as mulheres para uma maior adesão de exames preventivos, trabalhos realizados na prevenção de suicídio, ISTs, abuso e exploração sexual infantil, combate ao tabagismo em seus respectivos meses de campanha.

Nesse contexto, o trabalho profissional do Assistente Social no campo da Educação em Saúde, precisa ser entendido como o técnico que atua nas relações sociais entre o sujeito e seu cotidiano, por meio de ações socioeducativas que objetivam o desenvolvimento de práticas permanentes em saúde que socializam e democratizam informações, bem como priorizam a emancipação humana (PINTO e NUNES, 2022. P.11)

O artigo escrito por Brasil (2022), descreve um relato de experiência na residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade também tendo a educação como temática, a autora disserta sobre a metodologia usada para promover a informação acerca da UBS em questão à população, sendo esta, *folders* informativos com temáticas adaptadas a cada região e território específico.

A criação de cada material partia do diagnóstico situacional do momento, para identificar qual o tema seria abordado, e como ele poderia ser apresentado à comunidade após sua confecção. As inspirações para a elaboração dos materiais partia dos temas a serem trabalhados pelas UBS nas campanhas mensais de saúde e nos assuntos abordados nas atividades coletivas das unidades. (BRASIL, 2022. P. 4)

Ao final, a autora conclui que seu trabalho propiciou uma maior adesão e ampliação das informações pelos usuários da unidade, já que os materiais produzidos tinham também uma linguagem de fácil entendimento para atingir todos os públicos.

Ainda relacionado a educação e residência multiprofissional, o artigo de Pereira et al (2022) faz uma reflexão sobre esse diálogo

Visando à melhoria da assistência em saúde, os serviços têm buscado ferramentas educacionais para sanar muitos dos problemas de saúde pública que podem ser solucionados por meio do ensino das formas de condutas que são adequadas para a manutenção do estado de saúde de todos. Nesse sentido, fazem-se necessárias ações que coloquem a saúde do indivíduo em destaque, tornando-o replicador de conhecimentos e

utilizador desses em prol do seu próprio bem-estar. (PEREIRA et al. 2022, p. 4-5)

Ademais, é de praxe relacionar todas as considerações com as dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política da profissão, o que é feito pelos autores, justificando que a educação em saúde precisa ir além de uma simples conversa ou um panfleto com informações pouco acessíveis, “(...) entendendo-a como importante ferramenta de promoção da saúde que viabiliza espaço de ação coletiva, que politizam as demandas a fim de estimular o senso crítico na perspectiva da construção da cidadania” (PEREIRA et al. 2022, p. 7)

No terceiro eixo de análise, será compreendido os avanços conquistados ao longo dos anos de inserção do/da assistente social na política de saúde, sendo assim um dos artigos disserta sobre a legislação que assegura o trabalho profissional do/da assistente social. O trabalho de Bastos (2022) elucida os aparatos legais acerca da atuação do/da assistente social na política de saúde, considerado um avanço para o trabalho profissional, já que a autora está dissertando sobre os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, já mencionado anteriormente neste trabalho.

Existe paralelamente, a exigência de se dedicar ao documento quando se é um trabalhador da saúde, concomitantemente com o Projeto Ético-Político

Assim, o exercício profissional expressa a materialização do trabalho, atravessada não apenas pela dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa, mas também ético-político, as quais que não podem ser apreendidas isoladamente, dada a sua natureza de complementariedade, portanto, a intervenção profissional é permeada por uma direção política e uma perspectiva que se contrapõe veemente ao projeto societário do capital. Ademais, sinaliza-se que a saúde, historicamente, se constituiu como setor que mais emprega assistentes sociais e com a criação do Sistema Único de Saúde, ampliou-se este espaço de atuação. (BASTOS, 2022. P. 3)

Pode ser notado também o fato de que o Serviço Social na saúde teve uma nova perspectiva a partir do surgimento do SUS, a autora cita Krüger (2010) para explicar

Na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS se abriu muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, também no âmbito da gestão e planejamento da política, nos quais o assistente social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão. (BASTOS, 2022, p. 3 apud KRÜGER, 2010, p. 123)

Finalizando os eixos de análise, é válido comentar dois trabalhos que tratam contrarreformas que atingem a atenção primária, um deles sobre os processos de trabalho do/da assistente social e outro sobre o Programa Previne Brasil. Em Souza (2022), é destacado

A precarização do trabalho na saúde ocorre a partir das contrarreformas do Estado, onde se entende que a prioridade não é a plena saúde e estado de bem-estar social dos indivíduos que importa, mas, sim, os interesses das classes dominantes (...) outro impasse são os retrocessos nas contratações dos profissionais de saúde, inclusive na atenção básica, porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (SOUZA, 2022, p. 3)

No texto, a autora também aborda o rompimento do financiamento do NASF, passando-o para os municípios, que acaba por descontinuar o serviço por falta de verba suficiente, com isso o profissional de Serviço Social se insere em outros âmbitos da atenção básica por meio da residência multiprofissional. (SOUZA, 2022, p. 4)

O cenário da contrarreforma é de desmonte constante não apenas da saúde, mas também da educação e assistência, ganhando força num governo baseado em ideais conservadores e ultraneoliberais. E complica ainda mais a direção da emancipação, “(...) valendo-se do discurso da violência, do proibicionismo e criminalização da pobreza. Além disso, a ideologia de governo se autodeclara machista, homofóbica e racista, também com a vinda do contexto pandêmico, são negacionistas.”

A precarização do setor saúde é outra característica indissociável do governo de Jair Bolsonaro, e as consequências na vida da população são diretas, Souza (2022) afirma

Ou seja, os determinantes sociais influenciam o estado de saúde dos sujeitos, que acessam ou não condições dignas de vida e trabalho em grupos vulneráveis que, por vezes, não acessam os mínimos sociais a prevenção e a promoção da saúde são relevantes para que não se tenha diagnóstico de patologia clínica, mas acerca da patologia social a mesma somente seria “curada” a partir de uma nova sociabilidade. (SOUZA, 2022, p. 5)

Assis et al (2022) trazem a temática da contrarreforma acerca do Programa Previne Brasil, iniciado em 2019 por meio da Portaria 2.979/2019 do Ministério da

Saúde¹³, como uma nova forma de financiamento da atenção primária, já mencionado anteriormente no item 1.4. Sobre isso, as autoras afirmam

Com a implementação do Programa Previne Brasil, foi disseminado para a população a ideia de que haveria uma necessidade urgente de toda população fazer o cadastro na USF mais próxima, já que com a nova forma de financiamento por pessoa cadastrada, quanto maior o número de pessoas, mais recursos seriam alocados para determinado município. Porém, existe um limite de 3.500 usuários/as por eSF, impedindo a equipe de cadastrar todos. (ASSIS et al, 2022, p. 6)

Percebe-se assim que o Programa Previne Brasil se configura como mais um mecanismo de desmonte da política de saúde, diretamente da atenção básica, do governo neoliberal de Bolsonaro, onde os usuários da APS vivem ainda mais intensamente as expressões da “questão social”.

Os trabalhos analisados neste capítulo buscaram entender a política de saúde, principalmente a atenção básica e suas questões mais iminentes da atualidade. Era entendido que a pandemia da COVID-19 iria ser uma problemática presente em sua maioria, já que além de sua gravidade por si só, o Brasil era governado por um líder altamente despreparado e deliberadamente anticientífico, dessa forma a população ficava ainda mais desprotegida socialmente.

O trabalho do/da assistente social na atenção primária é de extrema importância, como foi descrito anteriormente. A viabilização de direitos num ambiente onde a população procura para tratar sua saúde e de toda a família, faz com que o tratamento seja mais eficaz, já que as condições materiais implicam diretamente vida cotidiana dos usuários.

3.1 Tabela dos artigos levantados e seus respectivos autores

Título	Autores
752 - OS DESAFIOS ENFRENTADOS NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19	Ionara Da Silva Soares, Graciete Rodrigues Dos Santos, Mateus Dantas De Farias Fonseca, Wayla Kelly De Lima Martins
817 - TRABALHO PROFISSIONAL DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO	Thaize De Sousa Medeiros, Vera Lúcia Batista Gomes, Nayara Cristina Vaz

¹³ Portaria esta, que também foi responsável pelo fim do NASF, como afirma Souza (2022, p.7)

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19	Mota, Suzani Tavares Campos, Marcela Martins Maia, Mayara Alves Azevedo
1541 - DESAFIOS IDENTIFICADOS EM TERRITÓRIO DE DESIGUALDADES SOCIAIS EM TEMPO DE PANDEMIA E AS RESPOSTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O NASF	Adoracion de Castro
539 - "EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA EMANCIPATÓRIA E DIALÓGICA DO SERVIÇO SOCIAL"	Elaine C. Feitosa Pinto, Raquel Freitas Silva Nunes
521 - O DIREITO À SAÚDE E AS CONTRARREFORMAS DO ESTADO: O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	Nathalia de Souza
1523 - SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Marianne Dos Santos Pereira, Nayrana Kelly De Sousa Araújo, Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger, Sâmia Luiza Coelho Da Silva
857 - DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Natasha Laureano Da Fonseca, Shirley Soares Da Silva Marins Do Patrocínio.
789 - AMPLIANDO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO MBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A CONSTRUÇÃO DE MATERIAIS INFORMATIVOS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	Gabriella Alves Brasil
727 - O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA- NASF-AB, NO	Alexsandra Beserra Torres, José Valmir Guimarães De Oliveira, Maria Do Socorro Lima Martins Matos

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
1261 - O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA E O APARATO NORMATIVO E LEGISLATIVO ERIGIDOS PELO CFESS QUE ORIENTA E REGULA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Karina Karla De Souza Bastos
976 - O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL	Letícia Cristina Monteiro De Assis, Jullyana Mendes Aliança, Camila Almeida Lapa
1538 - SUS E A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: DESAFIOS, CONTRADIÇÕES E PERSPECTIVAS	Gabriela Cristina Braga Bisco, Fernanda De Oliveira Sarreta
1604 - ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF AB DE JABOATÃO DOS GUARARAPES DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)	Amanda De Moraes Pinto Ribeiro Escobar, Carolina Paula Correia Pereira, Rosane Izidório Dos Santos Souza, Simone Peres Bonachela, Rejane Florentino Rodrigues, Rita De Cassia Oliveira De Lima Filha, Joao Paulo Correia De Araujo, Thiago Alberes Da Silva Souza, Geovane Santos Da Silva

Fonte: da autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da atenção primária em saúde atravessa a vida de todos os usuários do Sistema Único de Saúde, no acompanhamento de doenças crônicas, dos exames de rotina, rastreio de doenças, testes de IST, pré-natal, planejamento familiar, etc., que interferem diretamente nas condições materiais e imateriais dos usuários.

No presente trabalho foi possível refletir a trajetória da saúde pública brasileira desde a colonização, suas influências neste processo, até a atualidade, e também compreender os marcos que iniciaram, e também interromperam, um rumo democrático e idealmente igualitário nesta política durante os governos brasileiros, como a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

Necessariamente, também foi percorrido o curso da profissão do/da assistente social no Brasil para que se demarcasse o trabalho na saúde pública e posteriormente feito um levantamento dos artigos publicados no CBAS, com o intuito de investigar o que permeia o trabalho na atenção básica, suas questões, dificuldades, oportunidades, etc.

Foi percebido que, em como todos os âmbitos do atendimento em saúde e em outras políticas, o trabalho se torna mais difícil a medida em que governos ultraneoliberais chegam ao poder e dificultam ou até cortam o financiamento da política, fazendo com que a população fique ainda mais próxima às expressões da “questão social”.

O trabalho do/da assistente social na atenção primária se faz de extrema importância já que os cuidados com a saúde vão além da clínica. Importantemente na pandemia de COVID-19, a atuação se fez urgente frente ao governo ultraneoliberal, despreparado e desrespeitoso de Jair Bolsonaro. A população pauperizada necessitou das políticas sociais mais do que nunca neste período, e lidava ainda com os planos de desmonte constantes na saúde pública, inclusive do NASF, onde o/a assistente social se encontrava.

A área pode e deve ser mais pesquisada, indo além de um trabalho de conclusão de curso, pois como mencionado, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde é a porta de entrada para o usuário ser atendido em todos os âmbitos da sua vida cotidiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXSANDRA, A. et al. **O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA- NASF-AB, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: Relato de experiência.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000727.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

ARAUJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula.** 2017.

ASSIS et al. **O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO SOBRE O PROGRAMA PREVINE BRASIL.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000976.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BASTOS, Karina. **O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA E O APARATO NORMATIVO E LEGISLATIVO ERIGIDOS PELO CFESS QUE ORIENTA E REGULA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001261.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BISCO, G.; SARRETA, F. **SUS E A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: desafios, contradições e perspectivas.** Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001538.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BRASIL, Gabriella. **AMPLIANDO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: a construção de materiais informativos para atuação profissional.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000789.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BRAVO, M.I. **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização.** Org. Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

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. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*, v. 4, p. 197-217, 2006

CANO, Wilson. Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 35, p. 444-460, 2015.

CASTRO, Adoración de. **DESAFIOS IDENTIFICADOS EM TERRITÓRIO DE DESIGUALDADES SOCIAIS EM TEMPO DE PANDEMIA E AS RESPOSTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O NASF**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001541.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 86 p., 2010

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 4, n. 03, p. 03-08, 1999.

Coronavírus no mundo: mapa e curva dos países | Gazeta do Povo. Disponível em: https://especiais.gazetadopovo.com.br/coronavirus/casos-no-mundo/?utm_source=gazeta-do-povo&utm_medium=infografia-box-promo&utm_campaign=coronavirus. Acesso em: 30 abr. 2023.

DE PAULA, Júlia Aparecida Soares. Gênese do Serviço Social no Brasil: notas para o debate. In: **II CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, 2., 2016, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social, p.11-13. 2016.

DIAS, Rafael; MENEZES, Marcello. Introdução ao Tomismo: uma análise acerca da moralidade. **Revista Relegens Thréskeia**, v.08, p 195-209. Paraná: 2019

ESCOBAR, A et al. **ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF AB DE JABOATÃO DOS GUARARAPES DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001604.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FONSECA, N; PATROCÍNIO, S. **DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão bibliográfica.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000857.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 17.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LEÃO XIII, Papa. **Carta Encíclica Rerum Novarum: Sobre a condição dos operários.** Roma, 1891. Disponível em: https://www.vatican.va/content/leo-xiii/pt/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html. Acesso em: 25 de fevereiro de 2023

Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia [15/03/2021]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>. Acesso em: 30 abr. 2023

MEDEIROS et al. **TRABALHO PROFISSIONAL DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000817.pdf>. Acesso em: 1 maio. 2023.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf>. Acesso em 11 de fevereiro de 2023

MONNERAT, Giselle Lavinias; et al. Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 105-126.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Santa Catarina: Encontros Teológicos. 2012. P. 31-42. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>. Acesso em 18 de junho de 2022.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em fevereiro de 2023

PENN D et al. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

PEREIRA et al. **SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: diálogos sobre educação em saúde**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001523.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

PINTO et al. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: uma experiência emancipatória e dialógica do Serviço Social**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000539.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde: uma pequena revisão**. Belo Horizonte. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em 23 de junho de 2022.

SOARES et al. **OS DESAFIOS ENFRENTADOS NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000752.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 453-475, 2010.

SOUZA, Nathália de. **O DIREITO À SAÚDE E AS CONTRARREFORMAS DO ESTADO**: O processo de trabalho do assistente social na atenção primária. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000521.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.