



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

JOYCE NICOLE CHAVES LOPES

**ATUAÇÃO DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE:** reflexões a partir do campo de estágio na equipe multiprofissional em Ouro
Preto-MG

Mariana-MG,
2026.

JOYCE NICOLE CHAVES LOPES

**ATUAÇÃO DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE:** reflexões a partir do campo de estágio na equipe multiprofissional em Ouro
Preto–MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social pela
Universidade Federal de Ouro Preto.

Orientadora: Dra. Profa. Alessandra Ribeiro
de Souza

Mariana-MG,
2026.

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

L864a Lopes, Joyce Nicole Chaves.

Atuação das/dos assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde
[manuscrito]: reflexões a partir do campo de estágio na equipe
multiprofissional em Ouro Preto/MG. / Joyce Nicole Chaves Lopes. - 2026.
69 f.: il.: color., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ribeiro de 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 - Ouro Preto (MG). 3. Cuidados primários de saúde - Ouro Preto (MG). 4. Serviço social - Ouro Preto (MG). I. Souza, Alessandra Ribeiro de. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.4(815.1)

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário CRB6 1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Joyce Nicole Chaves Lopes

Atuação das/dos assistentes sociais na atenção primária à saúde: reflexões a partir do campo de estágio na equipe multiprofissional em Ouro Preto–MG

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 05 de março de 2026

Membros da banca

[Dra.] - Alessandra Ribeiro de Souza - Orientadora- Universidade Federal de Ouro Preto
[Dra.] - Veronica Medeiros Alagoano - Universidade Federal de Ouro Preto
[Dr.] - Roberto Coelho do Carmo - 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 05/03/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Ribeiro de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 05/03/2026, às 22:08, 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 **1070355** e o código CRC **DD1B5ECA**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, aos meus pais, minha mãe Silvana e meu pai Mardely, por todo o apoio e dedicação ao longo desta jornada, por sempre aplaudirem minhas conquistas, incentivarem meus sonhos e por acreditarem no meu potencial. Ao meu irmão, Victor Wilson, que se tornou uma inspiração ao ser o primeiro da família a ingressar e se formar em uma universidade pública — a mesma na qual também concluo minha formação.

Agradeço à Universidade Federal de Ouro Preto, ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, ao Departamento de Serviço Social, aos Doutores, Mestres e Professores, por todo o ensinamento, conhecimento e pela contribuição essencial para minha formação acadêmica e pessoal. Aos colegas de turma e amigos, especialmente: Fernanda, Mara, Mona Alice e Victor Alexandre, pelo companheirismo, apoio e amizade ao longo desta caminhada.

Agradeço à minha supervisora de campo de estágio, a assistente social Lara Mapa, por ter me concedido a oportunidade de ser sua estagiária e vivenciar a prática profissional que deu origem a este trabalho. Por fim, agradeço imensamente à minha orientadora, Dra. Profa. Alessandra Ribeiro de Souza, por toda a paciência e ensinamentos durante a construção deste trabalho, e a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Obrigada a todos!

*“Quem não se movimenta, não sente as correntes
que o prendem”*

(Rosa Luxemburgo)

RESUMO

Este estudo busca analisar a atuação dos assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na equipe multiprofissional (eMulti), investigando como esses profissionais enfrentam as contradições do cotidiano e lidam com desafios relacionados às condições de trabalho e demandas sociais. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, fundamentada na perspectiva crítico-dialética, combinando três estratégias metodológicas: estudo da arte, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. Espera-se compreender os impactos das condições de trabalho na qualidade das intervenções, fortalecer o exercício profissional e contribuir para a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e a qualificação das práticas do Serviço Social na saúde pública.

Palavras Chaves: Serviço Social; Assistente Social; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; SUS.

ABSTRACT

This study seeks to analyze the performance of social workers in Primary Health Care (PHC), specifically in the multidisciplinary team (eMulti), investigating how these professionals face the contradictions of everyday life and deal with challenges related to working conditions and social demands. The research adopts a qualitative approach, based on a critical-dialectic perspective, combining three methodological strategies: art study, documentary research and bibliographical research. It is expected to understand the impacts of working conditions on the quality of interventions, strengthen professional practice and contribute to the defense of the Unified Health System (SUS) and the qualification of Social Service practices in public health.

Keywords: Social Work; Social Worker; Primary Health Care; Multiprofessional Team; SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Trajetória da construção do SUS.....	21
Tabela 2: Níveis de Atenção à Saúde.....	26
Tabela 3: Agrupamento por eixos temáticos dos artigos publicados no CBAS em 2025, sobre Serviço Social na APS.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ações do assistente social no NASF.....	38
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo Nasf a eMulti.....	25
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
eMulti	Equipe Multiprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PIASS	Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	12
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO NEOLIBERAL.....	22
CAPÍTULO 2. A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE....	29
2.1. ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	34
CAPÍTULO 3. POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS IMPOSTOS PELAS CONTRADIÇÕES DO SISTEMA CAPITALISTA.....	39
3.1 MATERIAL E METODOLOGIA.....	41
3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO: O SERVIÇO SOCIAL NA EMULTI DE OURO PRETO-MG, UMA ANÁLISE A PARTIR DO DIÁRIO DE CAMPO E DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	45
3.2.1 Produção de conhecimento sobre a atuação dos assistentes sociais na APS: desafios e potencialidades no âmbito profissional.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar e compreender a atuação das/os assistentes sociais inseridos na APS, no contexto da eMulti. A escolha do tema decorre da vivência no campo de estágio realizado na APS, eMulti do município de Ouro Preto, experiência que possibilitou a aproximação com o cotidiano profissional e provocou reflexões críticas acerca dos limites e das potencialidades da atuação do Serviço Social na saúde pública. A inserção nesse espaço sócio-ocupacional evidenciou as contradições que atravessam a profissão, especialmente diante das condições de trabalho que refletem na política de saúde.

A realidade vivenciada pelas/os assistentes sociais na APS, particularmente no âmbito da eMulti, evidencia uma série de desafios que, muitas vezes, limitam o exercício profissional crítico e comprometido com os princípios ético-políticos da profissão. Nesse contexto, emergem questionamentos acerca de como as/os assistentes sociais têm enfrentado essas contradições no cotidiano, de que forma articulam as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, e até que ponto essas condições impactam a qualidade da intervenção social e a defesa do SUS.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida da rede de saúde, se compromete com a defesa dos direitos sociais e com a garantia do acesso universal e integral à saúde, desempenhando um papel fundamental na APS. Sua intervenção pauta-se na escuta qualificada, no acolhimento, na identificação das demandas sociais que influenciam o processo saúde-doença, na articulação com a rede e intervenções sociais. Contudo, apesar da importância desse trabalho, os profissionais enfrentam constantes desafios relacionados à estrutura do serviço, às condições de trabalho e às lacunas na formação específica para a atuação na saúde.

Mesmo com os avanços proporcionados pela criação do SUS e com o reconhecimento legal do Serviço Social como uma profissão que integra as equipes multiprofissionais, a efetivação dos princípios que norteiam o SUS — universalidade, integralidade e equidade — ainda enfrenta diversos desafios. As limitações de ordem estrutural, política e institucional impactam diretamente a qualidade da intervenção profissional, exigindo dos assistentes sociais uma constante atualização teórico-metodológica, ética-política e técnico-operativa.

No entanto, nem sempre esses profissionais conseguem recorrer a esse processo de qualificação. As elevadas demandas, a precarização das condições de trabalho, a insuficiência de políticas públicas e a dificuldade na efetivação das existentes, somadas ao adoecimento

mental cotidiano, acabam por levar muitos assistentes sociais a se limitarem às práticas meramente operativas. Isso, por sua vez, pode comprometer a qualidade do exercício profissional e colocar em risco os princípios éticos da profissão, resultando muitas vezes, em práticas fundamentadas no senso comum e no imediatismo, em detrimento de uma intervenção crítica e qualificada, pautada na abordagem da dimensão histórico-crítica fundada na teoria social marxiana.

O trabalho está estruturado em três capítulos que se articulam de forma complementar ao longo do texto. O primeiro capítulo aborda a trajetória da política pública de saúde no Brasil, contextualizando seu processo histórico de constituição e consolidação, com ênfase na criação do SUS. O segundo capítulo discute a inserção do Serviço Social na política de saúde, destacando as atribuições e competências profissionais no âmbito da APS. O terceiro capítulo analisa a relação entre política de saúde e Serviço Social, problematizando os desafios impostos pelas contradições do sistema capitalista e seus reflexos no exercício profissional. Dessa forma, os capítulos partem de uma contextualização da política de saúde, avançam para a análise da inserção do trabalho profissional nesse campo e concluem na discussão crítica acerca das determinações estruturais que tensionam a efetivação dos direitos sociais.

Inicialmente, a principal estratégia metodológica prevista consistia na realização da pesquisa de campo com assistentes sociais atuantes no município de Ouro Preto. Contudo, em razão da demora da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, não foi possível executar a etapa prática no tempo previsto. Diante dessa limitação, houve a necessidade de redimensionar a metodologia, recorrendo à pesquisa do estado da arte como principal estratégia de análise de dados, por meio do levantamento e da análise de produções acadêmicas acerca da atuação profissional das/os assistentes sociais na APS.

Além disso, foram utilizadas outras técnicas complementares. A pesquisa documental teve como base o diário de campo elaborado durante o estágio supervisionado, possibilitando a análise das demandas apresentadas ao Serviço Social e das respostas profissionais construídas no cotidiano institucional. Também foi realizada a pesquisa bibliográfica como principal suporte teórico do estudo, a partir da análise de livros, artigos científicos e demais produções que abordam a política de saúde, o SUS e o trabalho profissional do assistente social. A articulação dessas metodologias possibilitou a construção de uma análise acerca da atuação do Serviço Social na APS e dos desafios que atravessam esse espaço no contexto das contradições contemporâneas.

Dessa forma, esse trabalho busca contribuir para o aprofundamento do debate acerca do trabalho das/os assistentes sociais na política de saúde, evidenciando tanto os limites

impostos pelas condições estruturais quanto às possibilidades de resistência e construção de práticas profissionais comprometidas com o projeto ético-político da profissão. Ao analisar a atuação na APS, pretende-se reafirmar a importância de uma intervenção fundamentada nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, fortalecendo a defesa do SUS e os direitos sociais.

CAPÍTULO 1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Primeiramente, antes de discorrer sobre o trabalho dos assistentes sociais na APS — tema central desta pesquisa — torna-se fundamental contextualizar e apresentar, ainda que de forma sucinta, a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, destacando seus principais desafios, avanços e transformações ao longo do tempo. Compreender essa trajetória permite reconhecer que a política de saúde no Brasil não se construiu de forma isolada da realidade social, mas é resultado das determinações históricas, econômicas, políticas e sociais próprias da formação social brasileira. Esta compreensão histórica permite compreender os atravessamentos que moldam a política de saúde e consequentemente, o trabalho dos assistentes sociais inseridos nesse campo. Nesse sentido, faz-se necessário, antes de tudo, analisar a própria formação social brasileira, considerando como as mudanças econômicas, políticas e sociais marcaram o desenvolvimento do país e permanecem, até os dias atuais, como particularidades da realidade nacional. Tais elementos afetam diretamente a organização das políticas sociais, entre elas a política de saúde, influenciando seus princípios, diretrizes e formas de operacionalização.

Sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético, parte-se do entendimento de que a realidade é histórica, contraditória e dinâmica, exigindo uma análise que vá além da superficialidade dos fenômenos. Dessa forma, a análise da política de saúde exige a apreensão das contradições do modo de produção capitalista e a forma como o Brasil se estruturou historicamente, marcado por profundas desigualdades sociais, pela concentração de renda e pela precarização das condições de vida da classe trabalhadora. De acordo com Mara e Pires (2019) a desigualdade social no Brasil é um reflexo da formação social brasileira e suas questões estruturais e sociais. As mudanças econômicas e políticas, assim como as disputas entre diferentes projetos de sociedade, influenciaram diretamente a construção das políticas sociais, incluindo a política de saúde, ora ampliando, ora restringindo. Assim, a política de saúde deve ser compreendida como expressão das contradições da sociedade capitalista, cujos avanços e limites refletem as disputas em torno da ampliação ou restrição de direitos sociais.

A formação do Brasil enquanto Estado-nação é um processo marcado por um conjunto variado de acontecimentos, evidenciado a partir do entrelaçamento entre as culturas nativas e a invasão portuguesa, ou seja, entre duas formações sociais distintas. Conforme as obras de Prado Jr. (2011), Gorender (2016), Moura (2014), e Fernandes (1973), alguns processos históricos foram fundamentais na formação social brasileira e deixaram marcas nas configurações atuais da sociedade e do Estado. A partir das referências citadas, menciona-se aqui a colonização e a produção voltada para exportação, a grande propriedade e a monocultura, o trabalho escravizado e o racismo, a transição ao capitalismo marcada pela ausência de ruptura total com as estruturas coloniais, legando ao país o capitalismo dependente. Todos esses processos marcam sobremaneira a construção das políticas sociais no Brasil e, de modo específico, sobre a política de saúde, que historicamente se desenvolveu como expressão das contradições da sociedade capitalista, cujos avanços e limites refletem as disputas históricas em torno da ampliação ou restrição de direitos sociais.

A colonização da América, assim como as invasões em geral, foram impulsionadas pelo processo de desenvolvimento comercial, onde diversas potências competiam pelo domínio de novas terras. Essa expansão foi impulsionada pela Revolução Mercantil, com avanços tecnológicos que facilitaram a colonização e a disseminação de conhecimento (Ribeiro, 2015). Esse amplo movimento de expansão marítima na Europa a partir do século XV, redefiniu o sistema geopolítico e econômico da época. Diferente dos povos nativos, autônomos e igualitários encontrados no território, os europeus eram representantes de uma civilização urbana, classista e organizada em estruturas de poder bem definidas (Ribeiro, 2015).

A imposição e violência da dominação colonial no Brasil atingiu bruscamente os modos de vida dos povos indígenas e suas formas de resistência, resultando na ocupação do território e o estabelecimento da tríade monocultura - escravidão - latifúndio, com o objetivo de exportar mercadorias para a Europa (Moura, 2014). Dessa forma, torna-se importante salientar que ao se tratar do genocídio indígena no Brasil, é fundamental reconhecer o papel da nação colonizadora, mais especificamente de Portugal.

A nação colonizadora, no caso específico Portugal, que através de elementos de dominação ocupava a terra e subjugava os seus primitivos habitantes, garroteava o desenvolvimento autônomo dessas culturas através de um tampão compressor contra o qual não era possível os nativos lutarem com o instrumental de que dispunham (Moura, 2014, p. 39).

De acordo com Prado Jr. (2011), no contexto brasileiro, a colonização teve como objetivo inicial o fornecimento de produtos como açúcar, tabaco, ouro, diamantes, algodão e

café para o comércio europeu. Dessa maneira, a invasão estrangeira no território objetivava o lucro, realizado, sobretudo, com o tráfico negreiro e a escravização, indígena e africana, fato que moldou toda estrutura social e econômica. Esses aspectos foram fundamentais para que Prado Jr. (2011) localizasse o “sentido da colonização” através da função econômica que esta representava para a metrópole portuguesa.

A chegada massiva de pessoas escravizadas resultou no rápido aumento populacional e na consolidação de uma estrutura social altamente desigual. A sociedade brasileira foi dividida em duas classes antagônicas: os senhores de escravos, ligados à metrópole pelo monopólio comercial, e a massa escravizada, responsável pela produção da riqueza social (Moura, 2014). Essa configuração social contraditória gerou tensões e agitações ao longo do período colonial. O processo de escravização também contribuiu significativamente para a diversidade étnica e cultural da população brasileira, especialmente em Minas Gerais, onde a presença de etnias indígenas e africanas foi marcante, como afirma Paula (2020). A contribuição dos povos indígenas e africanos à cultura brasileira destaca sua presença ativa e dinâmica na formação social do país, mesmo em meio a contextos de opressão e violência históricas.

Com o aumento demográfico foram criadas ideologias de rejeição étnica e social pelo aparelho de dominação implantado. “Dessa forma, não houve uma distribuição populacional horizontal, igualitária, mas ela foi verticalizada socialmente [...]” (Moura, 2014, p. 144). Com a população escravizada na base, seguida por camadas de miscigenação e, no topo, os colonizadores portugueses. Essas barreiras sociais e culturais, combinadas com mecanismos de controle social, repressão e uma ideologia justificadora contribuíram para a manutenção das hierarquias étnicas. A miscigenação no Brasil foi contextualizada historicamente as dinâmicas de dominação resultantes da colonização portuguesa. O colonizador português estabeleceu uma filosofia ética que dividia a sociedade escravista com base na miscigenação. Assim, a miscigenação foi subordinada aos valores éticos e sociais que criaram desigualdades com base na cor e na origem de nascimento.

Diante do exposto, os europeus subjugaram e utilizaram mão de obra escravizada inicialmente indígena e depois africana, para conseguirem extrair os produtos naturais da região que lhes interessavam. Contudo, em cada parte do Brasil, o trabalho escravizado variava conforme os produtos cobiçados. No Nordeste, mais especificamente na chamada zona da mata açucareira, por exemplo, a economia era, predominantemente, baseada principalmente na produção de açúcar, com grandes engenhos açucareiros que empregavam centenas de escravizados, como afirma Paula (2000). Já em Minas Gerais esse cenário se

desenvolve no contexto da mineração que dependia fortemente da mão de obra escravizada, para a extração dos minerais valiosos.

As condições às quais a população escravizada era submetida eram extremamente desumanas, marcadas por jornadas exaustivas, alimentação insuficiente, castigos físicos e ausência total de cuidados com a saúde. “Deste modo, entende-se como trabalho escravo uma forma de exploração laboral na qual indivíduos são [...] privados de liberdade, tratados como propriedade e forçados a trabalhar contra a sua vontade [...]” (Schwarcz; Gomes, 2018 *apud* Pereira; Mader, 2023, p. 2740). As pessoas escravizadas, de acordo com Barros Filho et al (2017, n.p), eram “amontoados, em condições desumanas, muitos morriam antes de chegar ao Brasil, sendo que os corpos eram lançados ao mar”. Nos engenhos açucareiros, nas minas e em outras atividades produtivas, o trabalho era realizado em ambientes insalubres, com exposição constante a acidentes, esforços físicos intensos e agentes nocivos, o que contribuiu para o adoecimento precoce e para altas taxas de mortalidade (Pereira; Mader, 2023). Doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias eram recorrentes e agravadas pelas condições. Nesse contexto, o adoecimento das pessoas escravizadas era frequentemente naturalizado e compreendido apenas como um obstáculo à produtividade.

Além disso, havia uma compreensão específica acerca do que se entendia por doença naquela época, fortemente influenciada pelas perspectivas de que o adoecimento decorria do desequilíbrio dos humores corporais (Abreu; Nogueira; Kury, 2018). A saúde nesse contexto histórico, de acordo com Abreu, Nogueira e Kury (2018) deveria ocorrer por meio de práticas como o uso de remédios purgativos e a realização de sangrias. Para a Igreja Católica, a saúde do corpo estava intrinsecamente relacionada à saúde da alma e ao cumprimento de obrigações cristãs (Ribeiro, 1997 *apud* Abreu; Nogueira e Kury, 2018). Assim, membros do clero e médicos recorriam à prescrição de orações e exorcismos. Ao mesmo tempo em que difundia sua concepção de saúde, a Igreja buscava combater práticas e sujeitos que julgava inadequados como curandeiros e pajés de povos indígenas.

Mesmo assim, é “possível perceber a coexistência de ‘várias medicinas’ no Brasil entre os séculos XVI e XIX” (Abreu; Nogueira; Kury, 2018, p. 33). O Brasil colonial constituiu-se a partir de saberes oriundos tanto da experiência das artes médicas portuguesas quanto de outros saberes e práticas de matriz indígena e africana. Durante os três primeiros séculos de colonização, a medicina indígena foi fundamental para a sobrevivência dos colonos europeus. Apesar disso, tais saberes não eram reconhecidos como legítimos pelos médicos, colonos e a sociedade do Brasil Colônia, ainda que deles se apropriassem, classificando as práticas de cura dos pajés como crendices supersticiosas e situando-as em um estágio de

desenvolvimento considerado inferior ao da ciência moderna europeia (Abreu; Nogueira; Kury, 2018).

Ademais, o tráfico de pessoas escravizadas contribuiu para a difusão, no continente americano, de doenças para as quais os europeus também não possuíam imunidade, muitas delas associadas às precárias condições de higiene nos navios. Nesse sentido, “os portugueses igualmente contribuíram para a ‘importação’ de várias doenças [...]. A varíola figura nos documentos do período colonial como uma das mais terríveis ‘pragas’ introduzidas no Brasil” (Abreu; Nogueira; Kury, 2018, p. 42). Além da varíola, Ribeiro (1971, *apud* Abreu; Nogueira e Kury, 2018) menciona outras enfermidades introduzidas pelos colonizadores, como a malária e a sífilis. Tal realidade evidencia como as formas de exploração do trabalho escravizado e as desigualdades estruturais da sociedade colonial influenciaram diretamente as concepções e práticas relacionadas à saúde e à doença, criando um entendimento restrito e moralizado do cuidado em saúde, que se articula às concepções médicas e religiosas vigentes no período.

Assim, no século XIX, o Brasil era uma sociedade profundamente dependente do trabalho escravo. Dessa forma, as tensões entre escravizados e senhores eram frequentes, e houve diversos conflitos¹ ao longo do século. Na segunda metade do século XIX o cenário brasileiro passa por uma grande transformação econômica e social no país, sendo marcado por diversos acontecimentos em seu decorrer. Com a transição do capitalismo comercial para o industrial na Europa, tornou-se necessário que o Brasil se adequasse como consumidor de mercadorias internacionais. Para isso, o fim do tráfico negreiro e da escravidão era essencial (Moura, 2014). Assim, o fim do tráfico negreiro impactou as bases econômicas brasileiras, tornando a escravidão insustentável. No entanto, não se pode negar a forte influência das lutas dos escravizados como uma causa interna determinante para o fim da escravidão. A resistência e as lutas dos escravizados foram cruciais, demonstrando que não houve passividade, mas sim muitos movimentos de luta, como afirma Moura (2014).

Dessa forma, o Brasil, marcado por quase quatro séculos de escravismo, passou a vivenciar, no final do século XIX, o surgimento mais visível das expressões da questão social. Tais expressões começaram a ganhar maior evidência, como afirmam Sanglard e Ferreira (2018, p. 146):

No Brasil, que viveu longos séculos sob domínio escravismo, essas questões ganham espaço no último quartel do Novecentos, sobretudo a partir da Lei do Ventre Livre

¹ Revolta de Carrancas (1833), Revolta dos Malês (1835); Revolta de Manuel Congo (1838); Revolta dos Escravos de Vassouras (1838); Revolta do Queimado (1844); Revolta dos Escravos do Iguaçu (1855); Revolta do Leblon (1868).

(1871) que no final da década libertária crianças que não teriam moradia nem trabalho, impondo uma questão às municipalidades — a quem cabia cuidar das crianças abandonadas: o que fazer com elas? Paralelamente, o aumento do fluxo migratório também aponta alguns problemas às autoridades públicas e à sociedade, no quesito moradia, uma vez que elas acabam vivendo em péssimas condições.

Essa situação explicitou o debate acerca da responsabilidade pelo cuidado e pela sobrevivência desses sujeitos, evidenciando a ausência de políticas públicas estruturadas. Esse cenário revela como as desigualdades sociais, historicamente constituídas, marcaram diretamente as condições de vida da população e demandaram respostas estatais que, inicialmente, se deram de forma fragmentada e assistencialista. A expansão e a interiorização da assistência à saúde no Brasil “deu-se, sobretudo por meio da fundação de hospitais, uma parte deles criados por iniciativa do Estado, mas todos invariavelmente geridos por irmandades leigas que, na maioria dos casos, se denominam de Santa Casa de Misericórdia” (Sanglard; Ferreira, 2018, p. 154). Assim, historicamente, a política de saúde no Brasil foi marcada pelo caráter filantrópico e religioso, em que as pessoas eram atendidas por instituições e médicos filantrópicos. Simultaneamente a isso, o Estado desenvolvia algumas ações em saúde, como campanhas de vacinação e iniciativas de saneamento básico. Além disso, de acordo com Carvalho (2013), atuava na intervenção em algumas doenças negligenciadas, como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose, entre outras.

Além disso, essas respostas no campo da saúde não podem ser compreendidas de forma separada das transformações econômicas e produtivas que estavam em curso no país. A crise na produção açucareira e a ascensão do café como principal produto de exportação no Brasil foram fatores adicionais para a decadência da escravidão. Esse marco vai trilhar os primeiros passos da divisão do trabalho nos setores produtivos, desenvolvendo um rápido crescimento econômico, sem alinhamento algum com o desenvolvimento social. O setor cafeeiro se torna fundamental na economia e isso “significa que as atividades produtivas em geral, desde de que inseridas no setor de mercado, beneficiam-se dos estímulos provenientes do café” (Ianni, 1966, p.38). Dessa forma, a abolição da escravidão no Brasil ocorreu em 13 de maio de 1888, com a assinatura da Lei Áurea. No desenvolver deste processo a contradição entre mercadoria e o trabalho escravo se torna insustentável, fazendo com que a pessoa escravizada que antes era o meio de produção se torne livre para vender sua força de trabalho e conseqüentemente se torne um consumidor efetivo de mercadorias (Ianni, 1966). Assim, com o fim da escravidão, iniciou-se a substituição pelo trabalho assalariado, marcando o surgimento de uma nova classe no Brasil: a classe operária.

De acordo com Ianni (1966) essa transição da condição de trabalhador escravizado à condição de trabalhador assalariado no Brasil se dá a partir da seguinte perspectiva, que apenas quando o trabalhador é livre sua força de trabalho se transforma em mercadoria que pode ser comprada e transformada em lucro para alguma empresa. É a partir da formação do trabalho assalariado no Brasil que o direito surge como uma forma de regulação das relações sociais que se desenvolvem da produção e circulação de mercadorias da sociedade capitalista. O direito refere-se à forma jurídica que o capitalismo se estabelece na sociedade, ou seja, o conjunto de normas, instituições e práticas que regulam as relações sociais, a partir da produção e circulação de mercadorias. Está ligado à especificidade histórica e social do capitalismo. E tem a função de garantir a produção e reprodução do capitalismo e a dominação da classe dominante sobre a dominada.

Com o surgimento de uma nova classe no Brasil, o país passou a vivenciar um novo antagonismo de classes: burguesia e proletariado. Para legitimar sua dominação, a burguesia desenvolveu o direito como um instrumento de regulamentação de sua exploração, estabelecendo as bases jurídicas que sustentam suas relações de poder (Mascaro, 2015). No entanto, os direitos surgem a partir das reivindicações e conquistas dos movimentos sociais e das lutas políticas da classe trabalhadora. Esses direitos podem ser civis, políticos, sociais, culturais, ambientais, entre outros, e são fundamentais para a garantia da dignidade humana e para a emancipação social. Foi por meio da busca constante por melhores condições de vida e lutas contra a opressão e a exploração, que a classe trabalhadora contribuiu para o desenvolvimento desses direitos, os quais foram fundamentais para os avanços políticos e sociais no Brasil.

Entretanto, o acesso aos direitos no Brasil sempre foi seletivo e condicionado à posição ocupada pelos sujeitos na estrutura social, reproduzindo desigualdades históricas de classe, raça, gênero e território. Desde a formação do Estado brasileiro, os direitos sociais foram concedidos de forma restrita, fragmentada e subordinada aos interesses das elites econômicas, o que resultou em uma cidadania limitada e excludente. Mesmo com os avanços institucionais conquistados ao longo do século XX, permanecem mecanismos que dificultam a efetivação de direitos já conquistados, por meio de movimentos e lutas sociais. Assim, o acesso às políticas públicas, atravessa por desigualdades estruturais que se expressam na precariedade dos serviços, na desigual distribuição dos recursos e nas barreiras institucionais.

Conforme descrito por Florestan (1973), o Brasil se inseriu na dinâmica do capitalismo mundial de maneira particular, devido às características da revolução burguesa que se desenrolou no país. A ausência de uma ruptura total com o estatuto colonial, a aliança

atrasada entre as oligarquias/latifúndios e o capital industrial moldou essa inserção. O Brasil se inseriu de modo dependente aos países do capitalismo central, reiterando seu papel de fornecedor de matéria-prima e consumidor de produtos industrializados da Europa e dos Estados Unidos. Essa relação de subordinação é evidenciada na afirmação de Fernandes (2020, p. 111), que destaca que “embora organizada através de uma ordem legal e política controlada de dentro para dentro, a economia brasileira produziu para fora e consumia para fora”. O autor acrescenta que a ausência de uma classe dominante com interesses nacionais, aliada à associação entre o capital internacional e nacional, beneficiou setores internos e externos enquanto excluiu amplas camadas da população de condições básicas de vida. A elite dominante ocupou o Estado, que se mostrou frequentemente contrário às demandas populares, aceitando e reiterando as condições para que a inserção do Brasil no capitalismo se realizasse de modo dependente e associado ao capital internacional e ao imperialismo. Essa relação de subordinação, portanto, impediu o desenvolvimento econômico e agravou as desigualdades no país.

Em síntese, a história da formação social brasileira, marcada pela colonização, pela escravização de povos indígenas e africanos e pela consolidação de um capitalismo dependente, produziu uma sociedade profundamente desigual, na qual o acesso a direitos sempre foi seletivo e condicionado à posição ocupada na estrutura social. Essas determinações históricas não apenas moldaram a economia e a política do país, como também influenciaram diretamente a constituição das políticas sociais, entre elas a política de saúde, que se desenvolveu subordinada aos interesses do capital. A organização inicial da saúde pública, é historicamente vinculada à lógica previdenciária e restrita a determinadas parcelas da população. Nesse contexto, que se insere a institucionalização das primeiras iniciativas estatais no campo da saúde, a partir da década de 1920, quando o acesso aos serviços passa a estar atrelado à condição de trabalhador formal, demonstrando os limites estruturais da política de saúde em um país marcado pela desigualdade social e pela negação de direitos à maioria da população.

A partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves a saúde dos trabalhadores estava predominantemente vinculada à previdência social, garantindo atendimento apenas aqueles que contribuía para os sistemas previdenciários. Essa lei estabeleceu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para trabalhadores ferroviários e depois os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados na década de 1930. Outras iniciativas se constituíram nos anos de 1940 e 1950, como, por exemplo, o modelo de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), implantado principalmente no Norte e Nordeste do Brasil, áreas

estratégicas de exploração de matéria-prima da borracha (Oliveira; Ghiraldelli, 2019), sendo o único recurso de saúde pública existente. Posteriormente em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi estabelecido. Nesse modelo, o acesso à saúde era restrito aos trabalhadores do setor privado, deixando grande parte da população desassistida.

Durante a ditadura civil-militar-empresarial (1964-1985), houve algumas tentativas de interiorizar ações de saúde no Brasil, como o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS), mas sem continuidade por falta de vontade política, de acordo com Carvalho (2013). Paralelamente, surgiram movimentos sociais, universidades, partidos e prefeituras progressistas, que passaram a pressionar o Estado por um sistema público de saúde. Esses movimentos culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, defendendo a saúde como direito universal e dever do Estado.

A mobilização social foi fundamental para impulsionar a luta pelo direito à saúde. Movimentos populares e sindicais, especialmente aqueles ligados à luta por direitos trabalhistas e sociais, desempenharam um papel essencial nas lutas contra as desigualdades no acesso à saúde. Esses movimentos pressionaram o Estado por mudanças estruturais, enfatizando a necessidade de um sistema público e universal. A década de 1970 marcou o início de uma mobilização intensa, a insatisfação popular com um sistema que excluía grande parte da sociedade e a crescente demanda impulsionaram o movimento da Reforma Sanitária. Como resposta, em 1980, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que buscava ampliar a oferta de serviços, mas ainda mantinha vínculos com a previdência social.

Foi no contexto dessa luta que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um evento fundamental para a construção do sistema de saúde pública no Brasil. A conferência reuniu especialistas, gestores e a sociedade civil para discutir um novo modelo de atenção à saúde. O principal resultado desse encontro foi a consolidação da ideia de que a saúde deveria ser tratada como um direito universal, desvinculado da contribuição previdenciária. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu diretrizes que influenciaram diretamente a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Entre essas diretrizes, destacam-se a universalização do acesso, garantindo que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, sem restrições baseadas na contribuição à previdência; a descentralização da gestão, com a transferência da responsabilidade pela saúde pública para estados e municípios, tornando a gestão mais eficiente e próxima da população; a participação social, por meio da criação dos conselhos e conferências de saúde como espaços de controle social e fiscalização das políticas públicas; a mudança no modelo de atenção, priorizando a prevenção e promoção da saúde, ao invés de um sistema focado apenas no tratamento de

doenças; e o financiamento público adequado, garantindo recursos para manter o funcionamento do sistema público de saúde (Brasil, 1986).

Tabela 1: Trajetória da construção do SUS.

Ano	Evento Histórico	Descrição e Contexto	Duração
1923	Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)	Criadas pela Lei Eloy Chaves para garantir aposentadoria e pensões a trabalhadores de empresas ferroviárias. Modelo restrito e voltado a categorias específicas.	1923 – 1933
1933	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)	Substituíram os CAPs e foram organizados por categoria profissional. Prestavam serviços previdenciários e de saúde a trabalhadores formais urbanos.	1933 – 1966
1942	Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)	Fruto do acordo Brasil-EUA, para combater doenças em áreas estratégicas e garantir mão de obra saudável. Atuação marcante no Norte e Nordeste.	1942 – 1990
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Unificou os IAPs e centralizou a previdência social para trabalhadores formais. Serviços de saúde eram prestados via convênios com hospitais privados.	1966 – 1977
1980	Sistema Nacional de Saúde (SNS)	Tentativa de integrar serviços de saúde da previdência e do Ministério da Saúde, ampliando a cobertura, mas ainda restrita aos contribuintes.	1980 – 1990
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Marco da Reforma Sanitária. Defendeu a saúde como direito universal, integralidade e participação social.	1986
1988	Constituição de 1988 – Saúde como direito	Instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196). Base legal para a criação do SUS.	Vigente desde 1988
1990	Criação do SUS (Lei nº 8.080)	Regulamentou a organização e princípios do SUS, definindo universalidade, integralidade e equidade, com participação e controle social.	1990 – atualidade
1990	Lei nº 8.142/1990	Dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, instituindo conselhos e conferências de saúde.	1990 – atualidade

2008	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Portaria nº 154	Instituiu equipes multiprofissionais para atuar em apoio matricial às equipes de Saúde da Família, ampliando a resolutividade da Atenção Básica.	2008 – 2023
2023	Equipes Multiprofissionais (eMulti) – Portaria GM/MS nº 635	Reformulou o NASF, permitindo atuação tanto matricial quanto assistencial direta, ampliando a organização multiprofissional na Atenção Primária.	2023 – atualidade

Fonte: Elaboração própria.

Com base nesses princípios, a Constituição de 1988 consolidou a saúde como um direito social e o SUS, foi regulamentado posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Esse sistema garantiu que toda a população brasileira tivesse acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição financeira ou vínculo empregatício, marcando a ruptura definitiva entre saúde e previdência social. Segundo Bravo (2006), antes da reforma sanitária, a assistência médica no Brasil era pautada em práticas liberais, restritas ao tratamento de doenças e pouco voltadas para a prevenção. No entanto, com a mobilização social e a institucionalização do SUS, essa realidade foi transformada, consolidando um sistema de saúde pública acessível a todos, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização. Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um momento histórico decisivo na construção de um sistema de saúde pública, universal e gratuito, alinhado aos princípios da Reforma Sanitária e às necessidades da população brasileira.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRADIÇÕES NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Com o reconhecimento constitucional da saúde como direito universal e dever do Estado, a Constituição de 1988, no processo de implantação do SUS, definiu uma rede pública de saúde organizada em níveis de atenção, conforme a complexidade – Atenção Primária e Atenção Especializada. A APS surgiu como conceito em 1978 com a Declaração Alma-Ata na Conferência Internacional (Cazaquistão - URSS) sobre Cuidados Primários de Saúde. Entretanto, sua implantação no Brasil ocorre em um contexto de contradições, especialmente na década de 1990, quando o país adota o projeto neoliberal. Este modelo é pautado na lógica do Estado mínimo, impondo obstáculos para a efetivação das políticas públicas de saúde (Oliveira; Ghiraldelli, 2019).

Nesse cenário de tensões entre o modelo universalista defendido pelo SUS e a lógica privatista e mercantil da saúde, o Estado implementa estratégias para reorganizar os serviços e ampliar o acesso. Em 1991, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Contudo, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolida como a principal estratégia de reorganização da Atenção Primária no país, assumindo o papel de porta de entrada no SUS, sendo o primeiro nível de atendimento do sistema. A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece como princípios gerais:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2007).

Dessa forma, a APS é organizada por meio de estruturas de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os atendimentos são direcionados a partir das demandas do território, realizando-se ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. De acordo com a Secretaria de Comunicação Social, (Brasil, 2024) as UBSs são parte essencial do SUS, sendo regulamentadas por leis e normativas federais que orientam sua estruturação e funcionamento. Nesses espaços, as equipes de ESF funcionam de forma territorializada, e realizam ações voltadas tanto para a saúde individual quanto coletiva, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento. Os atendimentos são destinados a toda a população, abrangendo todas as faixas etárias, desde recém-nascidos até idosos. A equipe base é composta por profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam na assistência e no acompanhamento dos pacientes.

Além disso, para ampliar a atuação das equipes de Saúde da Família, em 2008 o Ministério da Saúde incentivou financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). “O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade” (Giovanella; Mendonça, 2014, p. 526). A organização do processo de trabalho do NASF tem por

fundamento o apoio matricial², oferecendo suporte especializado em diversas áreas, como saúde mental, nutrição e assistência social. Dessa forma, o NASF trabalha em conjunto com as equipes de Saúde da Família, contribuindo na ampliação, qualidade e resolutividade dos serviços prestados na Atenção Primária.

O apoio matricial também se propõe a romper com a hierarquização dos saberes e com a lógica de encaminhamentos sucessivos, promovendo práticas colaborativas entre diferentes áreas do conhecimento, o que favorece a consolidação de um modelo assistencial centrado nas necessidades concretas dos usuários e dos territórios (Silva, 2025, p.4)

O NASF tornou-se uma equipe multiprofissional em 2008, quando foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 154, com o objetivo de qualificar e ampliar a atuação da Atenção Básica (AB) no SUS. No entanto, com as políticas de desfinanciamento da saúde pública, o NASF sofreu retrocessos. “Mesmo com os avanços — ampliação da cobertura e a criação de novas equipes —, o subfinanciamento persistiu, mantendo a lógica produtivista em várias práticas e agravando a precarização das relações de trabalho” (Melo et al., 2018 *apud* Silva 2025, p. 5). Nesse contexto, o NASF foi progressivamente enfraquecido por mudanças normativas e políticas que alteraram a estrutura da APS no Brasil. Esse processo flexibilizou diretrizes e incentivou processos de privatização durante o governo de Michel Temer (2016–2019).

No governo Bolsonaro (2019-2022), o NASF sofreu um processo de desestruturação, marcado principalmente com a interrupção do financiamento federal específico após a criação do programa Previne Brasil (2019/2020). Embora não tenha sido oficialmente extinto, a ausência dos recursos obrigatórios e a publicação da Nota Técnica nº 3/2020 dificultaram sua continuidade, levando muitos municípios a encerrar as equipes do NASF. A Nota Técnica informou que não haveria mais financiamento federal específico para o NASF, que os recursos passariam a ser transferidos aos municípios sem vinculação obrigatória à manutenção das equipes do NASF (Brasil, 2020).

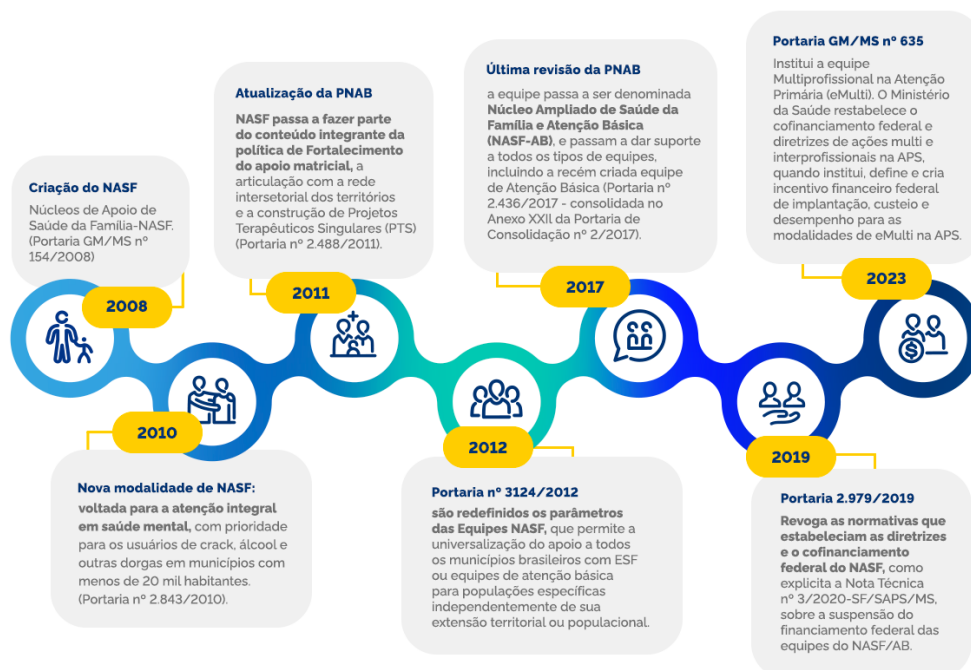
Contudo, com a Portaria GM/MS nº 635, 22 de maio de 2023, sob a nova gestão do Governo Lula (2023–2026), o NASF foi reformulado e passou a ser denominado eMulti. “Com a nova gestão [...] tem-se a tentativa de reconstrução de alguns programas e serviços, como é o caso da eMulti. No entanto, o que a conjuntura mostra são novos desafios [...] ao enfrentamento da mercantilização das políticas públicas” (Oliveira et al., 2025, p. 4). As eMulti apresentam-se como um modelo substitutivo ao antigo NASF e surgem em um

² Esse apoio visa qualificar o cuidado, compartilhando conhecimentos e práticas, fortalecendo o trabalho em equipe e ampliando a capacidade de resolução dos problemas de saúde da população, sem substituir a atuação da equipe de referência (Brasil, 2010).

contexto de reconstrução da APS no Brasil, fortalecendo ações interprofissionais e alinhando-se à agenda de incorporação de tecnologias e inovações em saúde (Brasil, 2023). Apesar de manterem algumas semelhanças com o trabalho desenvolvido pelo NASF, a eMulti apresenta novos mecanismos organizativos e estruturais.

As eMulti são definidas como equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde. Foram instituídas três modalidades de equipes, compostas por um conjunto fixo e variável de profissionais. A eMulti Ampliada vincula-se de 10 a 12 equipes de APS e é composta com carga horária mínima de 300 horas. A eMulti Complementar deve atender de cinco a nove equipes e ser composta por mínimo de 200 horas de atuação. Por sua vez, a eMulti Estratégica, composta por uma carga horária mínima de 100 horas, deve prestar atendimento de uma a quatro equipes de APS. Destaca-se, assim, a oportunidade de universalização da eMulti para todos os municípios do país, inclusive com a perspectiva do modelo intermunicipal. Outra característica que favorece a abrangência das eMulti é a possibilidade de vinculação a todas as modalidades de equipes de APS. Cada equipe multidisciplinar pode estar integrada a uma ou mais: equipe de saúde da família; equipe de saúde da família ribeirinha; equipe de consultório na rua; equipe de atenção primária; e equipe de unidade básica de saúde (UBS) fluvial. Por sua vez, as equipes de APS apenas podem estar vinculadas a uma eMulti (Bispo Júnior; Almeida, 2023, p. 2)

Figura 1: Linha do tempo Nasf a eMulti.



Fonte: Ministério da Saúde³.

Ademais, compreende-se que a APS constrói o vínculo com o usuário do serviço de saúde, acompanhando de forma contínua seu tratamento e promovendo ações de cuidado e prevenção. Quando o problema de saúde atinge um nível mais grave, e a equipe da APS não

³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Histórico – E-Multi*. Portal Saúde – Governo Federal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/historico>. Acesso em: 24 fev. 2026.

consegue resolvê-lo, o paciente é encaminhado para a Atenção Especializada. Essa etapa do SUS é dividida em dois níveis: atenção secundária e atenção terciária, que correspondem, respectivamente, à média e alta complexidade — incluindo serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. O acesso da população a essa rede deve ocorrer, prioritariamente, por meio dos serviços de atenção primária, que precisam estar estruturados e qualificados para atender e resolver a maioria dos problemas de saúde, garantindo assim a integralidade do cuidado.

Tabela 2: Níveis de Atenção à Saúde

Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Ambulatórios, hospitais de médio porte e clínicas especializadas.	Hospitais de alta complexidade, centros de referência e hospitais universitários.
Consultas, exames de rotina, acompanhamento de doenças crônicas, promoção da saúde e prevenção de doenças.	Atendimento especializado, urgências e emergências, diagnósticos mais complexos, internações hospitalares de menor complexidade.	Tratamento de doenças complexas, cirurgias de alta complexidade, transplantes.

Fonte: Elaboração própria.

Entretanto, mesmo com o estabelecimento de níveis de atenção à saúde, envolvendo um funcionamento hierárquico de complexidade, muitas vezes as pessoas procuram os serviços de saúde apenas para demandas de urgência, o que acaba sobrecarregando os serviços, misturando atendimentos que poderiam ser evitados caso houvesse um acompanhamento adequado e contínuo. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁴, 62,3% da população precisou de atendimento médico na APS em 2024 e não buscou. A pesquisa aponta que entre as principais respostas dos entrevistados destacaram-se, a superlotação, a demora no atendimento, a burocracia no encaminhamento, a prática da automedicação e a convicção que o problema não é grave. Além disso, o avanço do neoliberalismo e os projetos de privatização e mercantilização da saúde, compromete o financiamento público, impactando negativamente a infraestrutura dos serviços, a

⁴ Matéria publicada em abril de 2025, no site oficial do CONASS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pesquisa-revela-que-62-dos-brasileiros-nao-procuram-atendimento-medico-quando-precisam/>. Acesso em: 09 ago. 2025.

disponibilidade de equipamentos e o acesso a tecnologias avançadas, limitando assim, a efetividade das ações voltadas à promoção da saúde e ao atendimento integral dos usuários.

Ademais, na lógica do sistema capitalista, na qual é necessário vender a força de trabalho para garantir a sobrevivência, o tempo torna-se, muitas vezes, escasso. As jornadas excessivas de trabalho limitam a possibilidade de consultas regulares e, muitas vezes, expõem o trabalhador a condições insalubres que comprometem ainda mais sua saúde.

A intensificação do trabalho está implicada em práticas de exploração como o prolongamento da jornada, o intenso ritmo de trabalho e a administração por estresse e, ao mesmo tempo, de expropriação do saber do trabalhador pela gerência, isto é, de suas capacidades físicas, psíquicas e intelectuais (Pina; Stotz, 2014, p. 150).

Esses processos resultam em agravos à saúde, manifestando-se em desgaste físico e mental. Nesse cenário, a saúde do trabalhador deixa de ser prioridade e passa a ocupar um lugar secundário frente à lógica produtivista, que valoriza resultados imediatos em detrimento do bem-estar humano (Pina; Stotz, 2014). A naturalização do adoecimento, muitas vezes tratado como consequência inevitável do trabalho, contribui para a ocultação das causas estruturais que o produzem. Assim, em vez do incentivo de políticas de saúde preventivas, prevalece a substituição da mão de obra adoecida por novos trabalhadores, perpetuando o ciclo de exploração. Esse modelo, sustentado por relações desiguais de poder, não apenas compromete a saúde física e mental, mas também reforça a lógica capitalista de que o trabalhador é descartável e substituível.

O Brasil enfrenta um conjunto complexo de desafios na área da saúde, profundamente atravessados por desigualdades sociais, econômicas, territoriais e de gênero, que se expressam de maneira desigual no acesso aos serviços e na qualidade do cuidado da população. Tais desigualdades revelam as limitações históricas da política de saúde em responder de forma universal às demandas sociais, especialmente em um contexto marcado pela precarização das políticas públicas e pelo avanço de estratégias de mercantilização da saúde. Conforme Vieira (2009), embora o SUS tenha avançado na institucionalização do planejamento, ainda persistem desafios estruturais, como a fragmentação da gestão, a desarticulação entre as esferas de governo e o subfinanciamento⁵, são fatores que comprometem a efetividade das ações de saúde e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

[...] uma das consequências negativas desse processo de subfinanciamento do SUS está relacionada à limitação para a efetivação da prioridade da atenção primária (ou básica) como ordenadora da rede de assistência à saúde da população. Esse prejuízo [...] considerando o subfinanciamento do SUS, a renúncia fiscal derivada da

⁵ É de “natureza estrutural esse caráter crônico do processo de subfinanciamento do SUS, pois não houve um ‘apoio maciço e de classe’ a esse sistema público de saúde diante do neoliberalismo, da dinâmica dependente da economia brasileira em relação aos países desenvolvidos e da fragilidade da economia perante o fluxo de capitais estrangeiros [...]” (Funcia, 2019, p.4406)

contratação de planos privados de saúde promove a redução de recursos financeiros que poderiam ser alocados para ampliar programas de caráter preventivo e melhorar a qualidade dos serviços especializados, fundamentais para a consolidação do SUS (Funcia, 2019, p.4406).

Durante a COVID-19 o sistema de saúde brasileiro passou por novos desafios. Muitas consultas, cirurgias e ações de prevenção foram interrompidas, o que reforçou o fortalecimento da Atenção Primária, já que seu papel foi fundamental para a identificação da população de alto risco. Campos (2020), analisa criticamente a condução do enfrentamento da pandemia no país, evidenciando que a crise sanitária foi intensificada por escolhas políticas marcadas pelo negacionismo científico e pela ausência de coordenação nacional. Mesmo sem uma coordenação de política nacional precisa e com poucas medidas articuladas de saúde pública, alguns fatores ajudaram a reduzir um impacto ainda maior: medidas de restrição, a adesão ao uso de máscaras, o trabalho das instituições de pesquisa e a capacidade do país de produzir vacinas. Além disso, Campos (2020) destaca que os efeitos da pandemia atingiram de forma mais intensa os grupos socialmente vulneráveis, revelando e aprofundando desigualdades históricas de classe, raça e território.

Dessa forma, destaca-se a complexidade das diversas expressões da questão social que permeiam a saúde. O cuidado à saúde vai além da ausência de doença, abrangendo fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam diretamente o bem-estar dos indivíduos. Além disso, problemas estruturais representam um obstáculo significativo na garantia do direito à saúde. O Estado, que deveria garantir condições básicas como o acesso à saúde, opera dentro da lógica do capital, priorizando os interesses da classe dominante, como o financiamento do setor privado. Como bem afirmam Marx e Engels (2010, p. 14), “o poder do Estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo.” Essa lógica se expressa no cotidiano da saúde pública por meio da precariedade dos serviços e da escassez de recursos, como a ausência de salas, muitas vezes comprometendo o sigilo profissional, transporte limitado para realizar visitas institucionais e domiciliares, entre outros, revelando um projeto de Estado que se isenta de sua responsabilidade social.

Nesse sentido, é necessário compreender que a precariedade e as ineficiências que marcam o cotidiano dos serviços de saúde no Brasil não podem ser analisadas sem considerar a trajetória histórica que levou à criação do SUS. A consolidação de um sistema público, universal e gratuito no Brasil foi resultado de intensas disputas sociais e políticas durante décadas, especialmente no movimento da Reforma Sanitária. Assim, o SUS nasceu como um projeto contra-hegemônico em meio a um Estado estruturado para atender às demandas do

capital de forma dependente, carregando contradições desde sua origem. Embora tenha promovido avanços expressivos no acesso à saúde, o sistema ainda se desenvolve e enfrenta desafios estruturais que refletem a herança de um modelo fragmentado, desigual e subfinanciado.

Esse cenário se agrava diante do avanço de políticas neoliberais, que fortalecem interesses privados, reduzem o financiamento público e perpetuam a lógica de que a saúde pode ser tratada como mercadoria. Assim, mesmo com um sistema que se propõe universal, muitas unidades permanecem incapazes de oferecer cuidado integral, porque a estrutura foi historicamente organizada para priorizar o mercado e não a garantia plena de direitos. Dessa forma, as ineficiências do sistema são um reflexo das expressões entre um projeto de saúde pública emancipador e um modelo societário que opera sob a lógica do capital.

Diante disso, cabe aos profissionais na área da saúde uma atuação responsável, crítica e articulada, orientada pela defesa intransigente dos princípios do SUS, — a universalidade, a integralidade e a equidade. Em um cenário marcado por desigualdades históricas e estruturais, precarização das políticas públicas e disputas em torno do direito à saúde, o trabalho na saúde pública exige não apenas competências técnicas, mas também compromisso ético-político com a garantia de direitos e com a promoção de condições dignas de vida. É nesse contexto que se insere a atuação do assistente social na APS, um espaço onde se materializam as contradições da sociedade capitalista na política de saúde e, ao mesmo tempo, as possibilidades de intervenções comprometidas com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

CAPÍTULO 2. A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão que tem sua gênese atravessada pelas particularidades da realidade brasileira que, a partir da década de 1930, estabelece um espaço na divisão social do trabalho para agentes profissionais atuarem em face das condições necessárias para produção e reprodução da vida material (Iamamoto; Carvalho, 1982). O trabalho do assistente social está diretamente influenciado pela dinâmica das relações sociais na sociedade capitalista. A/o assistente social participa tanto dos mecanismos de manutenção e reprodução da exploração quanto na resposta às necessidades das classes trabalhadoras, refletindo os interesses sociais em sua prática profissional. Como profissão eminentemente interventiva, o Serviço Social atua no bojo das expressões e conflitos de classe, que manifestam o conjunto de desigualdades sociais, as lutas por direitos e a implementação de políticas públicas e sociais.

O que fundamenta a profissão são os Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social que consistem na matriz explicativa da realidade e da profissão, particular ao Serviço Social, construída processualmente na sua trajetória histórica no movimento da realidade brasileira, a qual possui dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas que fundamentam a dimensão técnico operativa desta profissão. Essa matriz se expressa na abordagem da dimensão histórico-crítica fundada na teoria social marxiana. De acordo com Teixeira (2019) a teoria social de Marx busca decifrar a gênese, o desenvolvimento, a estrutura, a dinâmica, as crises e a superação do capitalismo, utilizando a produção teórico-histórica de forma crítica.

As atribuições e competências das/os assistentes sociais são definidas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n 8.662/93). Essas normativas garantem a autonomia da/o profissional para realizar uma análise crítica da realidade, considerando o contexto sócio-histórico em que se insere sua atuação. A profissão exige a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais, compreendendo a totalidade da realidade social. O Serviço Social é uma profissão fundamentalmente vinculada aos contextos históricos, às dinâmicas nacionais e regionais, às políticas sociais e ao panorama sócio-político das lutas entre classes sociais e o Estado. Assim, o objeto de intervenção da profissão, a chamada “questão social”, além de sua unidade histórica concreta, radicada nas tendências gerais da acumulação capitalista, expressa particularidades históricas e regionais.

O Serviço Social na Política de Saúde se insere na divisão social e técnica do trabalho devido à necessidade de enfrentamento das expressões da questão social. Sua institucionalização ocorreu com a criação de grandes instituições assistenciais e se expandiu na década de 1940, incluindo sua atuação na política de saúde (Souza; Ávila, 2019). O reconhecimento do assistente social como profissional de saúde foi reafirmado por normativas como a Resolução CFESS nº 383/1999.

Com a implantação do SUS, o trabalho profissional do/a assistente social na saúde passou a dialogar com os princípios e as diretrizes da política de saúde, no que diz respeito à consolidação da democracia e ao acesso igualitário a todos os serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde. (Pinheiro; Santos, 2022, p. 4).

Na saúde, o trabalho da/o assistente social envolve ações individuais e coletivas, participação em equipes multiprofissionais, encaminhamentos e programas socioeducativos. No entanto, a precarização dos serviços e a descontinuidade de políticas públicas dificultam uma atuação crítica e transformadora (Souza; Ávila, 2019). O avanço do neoliberalismo levou à mercantilização da saúde, fragilizando o SUS e favorecendo a privatização. A Reforma

Sanitária propõe a universalização da saúde e condições dignas de vida e trabalho, mas enfrenta contrarreformas que restringem o financiamento público e o atendimento.

Além disso, existem limites que dificultam a efetividade do trabalho das/os assistentes sociais na saúde. Um dos principais desafios é a alta rotatividade dos profissionais das ESFs, o que prejudica a continuidade das ações e o fortalecimento do trabalho interdisciplinar (Oliveira, 2018). Outro limite é a predominância do modelo biomédico, que muitas vezes restringe a participação dos assistentes sociais na definição das políticas de cuidado, mantendo um foco excessivo nos aspectos clínicos e individuais da saúde. Segundo Oliveira (2018), esse modelo prioriza a identificação, diagnóstico e tratamento de patologias, muitas vezes sem considerar fatores sociais, emocionais e ambientais. O profissional de saúde, especialmente o médico, é visto como a principal autoridade no processo de cuidado.

A atuação profissional das/os assistentes sociais na saúde, assim como em outros espaços sócio-ocupacionais, deve estar fundamentada no conhecimento da realidade social e das necessidades dos sujeitos para os quais as ações são direcionadas. Esse trabalho é orientado pelos princípios teórico-metodológicos e ético-políticos construídos historicamente pela profissão, além dos procedimentos técnico-operativos adequados ao contexto em que se insere. Dessa forma, a intervenção do assistente social na saúde deve considerar a saúde como um direito social e um dever do Estado, pautando-se pelos princípios do SUS. Sua atuação transcende a perspectiva assistencialista, incorporando ações que busquem garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, o que implica um trabalho interdisciplinar, mobilização social e participação na formulação, execução e controle das políticas públicas de saúde (CFESS, 2010).

Assim, no campo da saúde, a atuação do assistente social está organizada de maneira a juntar diferentes frentes de trabalho, como o atendimento direto aos usuários, a mobilização e participação social, a investigação e planejamento e a assessoria e qualificação profissional (CFESS, 2010). No atendimento direto, sua atuação envolve a facilitação do acesso aos serviços de saúde, a orientação dos usuários sobre seus direitos e o fortalecimento da articulação com a rede de proteção social. No âmbito da mobilização e participação social, o assistente social desempenha um papel estratégico na defesa do SUS e na promoção do controle social, estimulando a participação da população nos conselhos e conferências de saúde. Além disso, a sua atuação está presente na formulação de políticas públicas, integrando equipes de planejamento e gestão, além de poder atuar como assessor de gestores e conselhos de saúde. A qualificação e formação profissional também fazem parte de suas atribuições,

contribuindo para o aprimoramento contínuo do trabalho em saúde e para a construção de estratégias que garantam a efetividade das políticas públicas.

A atuação do assistente social não se restringe à resolução imediata das demandas dos usuários, mas se fundamenta em uma leitura crítica da realidade social, considerando os determinantes históricos, econômicos e culturais que impactam o acesso e a qualidade dos serviços. Dessa maneira, de acordo com Marx (2001), no sistema capitalista, homens e mulheres são subordinados, na produção social, a entrarem em relações necessárias para sua sobrevivência, independentemente de suas vontades. Assim, as relações sociais são moldadas pelas relações de produção, que formam a base da estrutura econômica da sociedade. Sobre essa base, ergue-se uma superestrutura que determina as formas da consciência social. Nesse sentido, “o modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e intelectual” (Marx, 2008, p. 47).

Diante disso, com base no materialismo histórico-dialético como método de interpretação da realidade, compreende-se que a atuação profissional da/o assistente social se dá em uma sociedade marcada pela divisão de classes e pela produção e reprodução das expressões da questão social. A partir do método marxista, entende-se que a saúde, enquanto política pública, não está isolada das determinações do modo de produção capitalista, sendo historicamente condicionada pelos interesses das classes dominantes, que buscam transformar direitos sociais em mercadorias.

Os direitos sociais, sob a lógica do capital, estão em permanente disputa, sendo reconhecidos e negados, a depender da correlação de forças entre as classes e o sistema político de poder. Ressalta-se que tais direitos emergem das reivindicações e conquistas dos movimentos sociais e das lutas políticas da classe trabalhadora. Esses direitos — civis, políticos, sociais, culturais, ambientais, entre outros — são fundamentais para a garantia da dignidade humana e para a emancipação social. Foi por meio da busca constante por melhores condições de vida e da resistência à opressão e à exploração que a classe trabalhadora contribuiu para a construção desses direitos, os quais foram determinantes para os avanços políticos e sociais no Brasil.

Apesar da luta pelo reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado e dos avanços proporcionados pela criação do SUS, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, observa-se que o sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta inúmeros desafios. As limitações de ordem estrutural, política e institucional impactam diretamente a efetivação desse direito social. Além disso, o avanço do neoliberalismo em sua fase contemporânea intensifica o processo de mercantilização da

saúde, aprofundando a precarização dos serviços públicos e dos vínculos trabalhistas, bem como fomentando mecanismos de privatização que esvaziam o caráter público e universal do SUS.

Nesse contexto, a precarização que atravessa o SUS não é um fenômeno isolado ou casual, mas uma estratégia do capital para ampliar a acumulação, transferindo responsabilidades do Estado para a iniciativa privada, ao mesmo tempo que precariza o acesso da classe trabalhadora aos serviços públicos e aos direitos sociais. Essa precarização se expressa nas condições materiais de trabalho, na insuficiência de recursos e na sobrecarga dos profissionais, afetando diretamente tanto os usuários quanto os trabalhadores.

O trabalho da/o assistente social na política de saúde, portanto, está diretamente atravessado pelas contradições do sistema capitalista, inserindo-se na divisão social e técnica do trabalho, dada a necessidade de enfrentamento das expressões da questão social. Isso significa compreender que os determinantes sociais da saúde não são frutos de escolhas individuais, mas resultam da forma como o capital organiza a vida social, produzindo desigualdades, adoecimento, exclusão e violação de direitos. A profissão exige uma apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais, considerando a totalidade da realidade.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (Iamamoto, 2000, p. 20)

Diante desse cenário, reafirma-se o papel do Serviço Social como uma profissão inserida nas contradições do processo de trabalho, que atua na mediação entre o acesso aos direitos sociais e a crítica à desigualdade. Nesse sentido, a atuação profissional, mesmo quando comprometida com os princípios do projeto ético-político da profissão, se dá em meio às contradições do Estado burguês e de um modelo de atenção que nem sempre garante, de fato, os direitos sociais da população.

O cotidiano profissional na política pública de saúde é, portanto, um espaço de embate, de contradições, mas também de resistência. A precarização dos serviços atravessa diretamente o trabalho dos assistentes sociais, que precisam articular sua intervenção às diretrizes do projeto ético-político da profissão, sustentado na defesa intransigente dos direitos humanos, da equidade, da justiça social e da radicalização da democracia (CFESS, 2010). Compreender e refletir sobre o trabalho da/o assistente social na saúde é fundamental para

fortalecer estratégias coletivas de resistência, de defesa do SUS e de enfrentamento aos processos de mercantilização e precarização impostos pelo sistema capitalista.

2.1. ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS surgiu como conceito em 1978, a partir da Declaração de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabeleceu como princípio a promoção da saúde para todos. No Brasil, sua consolidação ocorreu com a criação do PSF, em 1994, posteriormente denominado ESF, que se tornou a principal estratégia de implantação da APS no SUS. “Os serviços e ações no nível da Atenção Primária se organizam mediante uma base territorial, a qual é determinada geograficamente numa região ou município, a partir das diferentes demandas e realidades sanitárias existentes nas distintas localidades” (Silveira, 2021, p.158). Portanto, a APS constitui como a porta de entrada do SUS e representa o primeiro nível de atenção do sistema, sendo organizada por meio das UBS e das ESF, com atendimentos orientados pelas demandas do território.

Na ESF, a equipe básica é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS, que atuam de forma contínua e próxima à população. Complementando essa atuação, as eMulti são formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, de acordo com as necessidades identificadas no território. Dessa forma, essas equipes podem incluir fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros.

A dinâmica da equipe multiprofissional de saúde deve atravessar o campo do conhecimento prático-reflexivo cotidianamente. As ações desenvolvidas partem da aproximação com o território e são construídas a partir de intencionalidades. O olhar multiprofissional compõe o fazer profissional de cada especialidade, ampliando os serviços e as formas de atendimento, fator que corrobora para promover à população uma nova perspectiva de cuidado que é garantida legalmente a todo/a cidadão/ã. (Conceição; Silva, 2025, p. 6)

Nesse contexto, a/o assistente social que integra a eMulti desempenha um papel fundamental na articulação das demandas sociais da população com os serviços de saúde, a partir de uma abordagem territorial, atuando de maneira integrada às Equipes de SF, contribuindo para o cuidado ampliado e integral. Sua atuação exige escuta qualificada, mediação junto às equipes, fortalecimento das redes e articulação intersetorial das políticas públicas, visando à garantia de direitos e à integralidade do cuidado em saúde. “A ESF pressupõe processos de territorialização, de planejamento participativo, de atuação no fortalecimento dos espaços de controle social, além de intervenção no processo saúde–doença” (Brasil, 2010, p. 88). Assim, a/o assistente social intervém nas expressões da

realidade do território de sua atuação, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e com o projeto da Reforma Sanitária.

As práticas do serviço social no campo da ESF possibilitam aos profissionais a definição de suas competências, compreendendo-as como parte de conjunto de práticas e saberes mais amplos que se complementam na interlocução e na vivência cotidiana com a população e com as diversas categorias profissionais, para a efetivação de um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania (Brasil, 2010, p. 89).

Assim, a APS “é um espaço onde o/a profissional de Serviço Social terá atribuições potentes, com o comprometimento não só com o usuário e família, mas com a comunidade e com a equipe de saúde” (Fonseca; Patrocínio, 2022, p. 5). O trabalho profissional das/os assistentes sociais nesse espaço se desenvolve a partir do acompanhamento de usuários e famílias, realização de atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares e institucionais, estudo social, intervenção coletiva, articulação com a rede socioassistencial, além da participação em reuniões de equipe, ações educativas e atividades de planejamento e gestão (Brasil, 2010).

No âmbito da equipe interdisciplinar, os assistentes sociais auxiliam os demais profissionais com informações de dimensão social sobre o paciente acompanhado pela equipe, como as condições de vida, moradia, renda, vínculos familiares e comunitários, acesso à políticas públicas, redes de apoio, situações de vulnerabilidade social, barreiras para adesão ao tratamento e demandas relacionadas a direitos sociais. Essas informações permitem à equipe compreender o processo saúde-doença para além da dimensão biológica, contribuindo para a construção de intervenções adequadas à realidade do usuário. Dessa maneira, esse auxílio ocorre por meio dos instrumentos de trabalho, como a visita domiciliar, a entrevista social, o relatório e o estudo social. Além disso, as/os assistentes sociais realizam as intervenções necessárias com o objetivo de assegurar que o usuário tenha pleno acesso aos direitos e condições necessárias para a realização adequada de tratamentos propostos. Também emitem o parecer social, mediante a solicitação de outros profissionais, o qual consiste na opinião técnica fundamentada no Código de Ética Profissional, nas referências bibliográficas e nas legislações vigentes.

Na APS o território é um elemento fundamental para o planejamento das ações profissionais. “O território necessita ser compreendido como lugar de produção e reprodução social, de diálogos, de interações, de intercâmbios materiais, simbólicos e de convivência entre pessoas, isto é, como um lugar em que se manifesta toda forma de vida social cotidiana” (Gondim; Monken, 2018, *apud* Silveira, 2021, p.144). Assim, o território não se trata apenas

de um espaço físico delimitado, mas de um espaço atravessado por relações sociais que influenciam as condições de vida e o acesso aos serviços públicos. O território, no âmbito da APS, deve ser compreendido como uma construção social, histórica e política, marcada por desigualdades estruturais que influenciam diretamente no processo saúde-doença (Silveira, 2021). Não se trata apenas de um espaço físico delimitado, mas de um espaço permeado por relações sociais que influenciam as condições de vida e o acesso aos serviços públicos.

Dessa forma, “as dinâmicas dos territórios são dinâmicas locais com influências das políticas mundializantes, a cultura se manifesta nesse diverso, e os hábitos tornam-se a fonte primária para trabalhar a saúde como produto final da ação profissional” (Sodré, 2010, p.464). Segundo Sodré (2010), é necessário conhecer as formas de trabalho do território, os hábitos e o cotidiano da população atendida pelas unidades de saúde, pois é fundamental compreender as necessidades sociais e de saúde da comunidade. Portanto, a atuação da/o assistente social na APS exige uma análise crítica da realidade territorial, ligada à compreensão social da saúde, reconhecendo que o adoecimento não é resultado específico de fatores biológicos, mas da forma como a sociedade capitalista organiza o trabalho, a renda, a moradia e o acesso a direitos sociais.

Ao construir caminhos para compreensão da realidade e ao buscar ultrapassar suas aparências, os profissionais podem elaborar análises em sintonia com as demandas que se apresentam, articulando-as de forma necessária e cabíveis (Juncá, 2012). Nesse processo, as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa constituem fundamentos indispensáveis ao exercício profissional do Serviço Social. A dimensão teórico-metodológica refere-se ao conjunto de referenciais teóricos e metodológicos que possibilitam a leitura crítica da realidade social. É por meio dela que a/o assistente social compreende as expressões da questão social como fenômenos históricos, determinados pelas relações sociais de produção e pelas contradições do sistema capitalista.

Trata-se da fundamentação adotada pela profissão e pela profissional que lhes permite apreender a realidade social e nela a profissão. Nessa concepção também se considera os fundamentos ideo-políticos – aos quais subjazem determinadas concepções de homem e mundo, priorizam determinados valores e afirmam determinado projeto de sociedade e de profissão (Guerra, 2023, p.45).

A dimensão ético-política está vinculada aos valores, princípios e compromissos que orientam a direção social da prática profissional. Fundamentada no projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, ela afirma a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como o compromisso com a classe trabalhadora e com a emancipação humana. Essa dimensão orienta

as escolhas e os posicionamentos da/o profissional diante das contradições institucionais, reafirmando o compromisso com a garantia dos direitos sociais.

[...] a análise da dimensão ético-política explicita a vinculação da profissão aos diferentes projetos societários, em disputa na contradição da sociedade capitalista, bem como contribui para compreender o campo de possibilidades para a ação, partindo de análises necessárias, como a apreensão da correlação de forças entre os projetos em disputa, a condição de trabalhador assalariado, as articulações no âmbito socioinstitucional, dentre outras variáveis (Eiras, 2023, p. 61).

Já a dimensão técnico-operativa diz respeito aos instrumentos, técnicas e estratégias utilizadas no exercício profissional. Envolve a realização de entrevistas, visitas domiciliares, elaboração de relatórios e pareceres sociais, estudos sociais, articulação com a rede, entre outras ações. No entanto, essa dimensão não se reduz ao uso instrumental de técnicas, ela deve estar articulada às dimensões teórico-metodológica e ético-política, de modo que os instrumentos sejam coerentes com os princípios da profissão e com uma análise fundamentada da realidade.

[...] a dimensão técnico-operativa não pode ser reduzida à questão dos instrumentos e técnicas. Ela mobiliza as dimensões teórico-metodológicas – para analisar o real e investigar novas demandas – e ético-políticas – permitindo avaliar prioridades, as alternativas viáveis para a realização da ação, bem como projetar a ação em função dos valores e finalidade e avaliar as consequências da ação –, além das condições objetivas do trabalho e as condições subjetivas dos agentes profissionais. (Santos et al. 2021, *apud* Paula, 2023, p. 86)

Portanto, “o exercício profissional da e do assistente social configura-se por meio da articulação entre distintas dimensões. Estas dimensões da ação profissional [...] sempre estiveram presentes na atuação da e do assistente social, desde a gênese da profissão” (Paula, 2023, p. 84). Ademais, é na articulação entre os 11 princípios fundamentais do Código de Ética e as referências teórico-metodológicas e técnico-operativas contidas no projeto de formação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que podemos apreender os aspectos emancipatórios, revolucionários e anticapitalistas que podem ser assumidos pelo Serviço Social. Tal perspectiva contribui para o favorecimento de processos de ruptura com a ordem do capital, em direção à emancipação humana, conforme destaca Vasconcelos (2015).

Nesse sentido, o trabalho da/o assistente social na APS abrange o conjunto diversificado de ações que devem ser constantemente adequadas às diferentes expressões da realidade dos territórios onde as práticas profissionais se desenvolvem. “As ações [...] não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do profissional assistente social, mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social” (Brasil, 2010, p. 90). Essas ações estão diretamente relacionadas

à realidade das particularidades do território de atuação que se reflete no cotidiano do trabalho da/o assistente social na qual desenvolve suas ações.

Nessa lógica, o profissional pode contribuir para a participação social, a acessibilidade, o vínculo e a integralidade da atenção, uma vez que desenvolve ações de cunho educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, cooperando para que as necessidades e os interesses dos sujeitos de direito ganhem visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos. Assim, os profissionais afirmam o compromisso com os direitos e interesses dos usuários e com a qualidade dos serviços prestados (Iamamoto, 2006, *apud* Martini; Dal Prá, 2018, p.127).

Quadro 1: Ações do assistente social no NASF.

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Fonte: DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2010).

Dessa forma, a aproximação com território, permite uma maior interação com os usuários e amplia as possibilidades de intervenção sobre as expressões da questão social (Martini; Dal Prá, 2018). Segundo Silveira (2021, p. 159) , “o território é uma categoria que

possui destaque especial nesse nível de atenção, dada sua particularidade em torno de questões que envolvem a vida dos sujeitos que fazem uso desses territórios”. Desta forma, o contato contínuo com a população possibilita conhecer melhor os aspectos culturais históricos e sociais que fazem parte da realidade local, contribuindo para um planejamento mais adequado de ações profissionais.

Diante desse contexto, “pode-se afirmar, portanto, que o assistente social é um profissional que pode contribuir significativamente na APS, uma vez que sua atuação contribui para a ampliação do olhar sobre a saúde, tendo como base as determinações sociais da saúde [...]” (Martini; Dal Prá, 2018, p.127-128). A partir da inserção territorial e do contato contínuo com usuários, famílias e comunidades, as/os assistentes sociais contribuem para a análise crítica da realidade social, identificando vulnerabilidades, potencialidades e demandas coletivas que orientam o planejamento das ações em saúde. O trabalho das/dos assistente sociais na APS se afirma como essencial para efetivação do cuidado integral, uma vez em que sua atuação possibilita a apreensão das múltiplas dimensões que atravessam o processo saúde-doença, fortalecendo a articulação entre equipes, a rede de serviços e as políticas públicas, com práticas que reafirmam os princípios do SUS e o projeto da Reforma Sanitária.

Diante do exposto, reafirma-se que a defesa do SUS constitui tarefa histórica inerente à atuação profissional. Em um contexto marcado pelo avanço das contrarreformas neoliberais, pela mercantilização da saúde e pela intensificação das desigualdades sociais, torna-se necessário que assistentes sociais fortaleçam análises críticas da realidade, articulem as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim, cabe à profissão afirmar, no cotidiano do trabalho, seu compromisso com a ampliação de direitos, com a organização da classe trabalhadora e com a construção de superação das formas de exploração e opressão próprias do sistema capitalista, tendo como perspectiva a defesa dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, por meio de lutas sociais.

CAPÍTULO 3. POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS IMPOSTOS PELAS CONTRADIÇÕES DO SISTEMA CAPITALISTA

A saúde, enquanto direito social e dever do Estado, foi historicamente conquistada por meio das lutas e reivindicações dos movimentos sociais, resultando na criação do SUS no Brasil. Este sistema, sustentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, representa uma importante conquista social no contexto brasileiro. No entanto, o processo de consolidação e efetivação desses princípios é constantemente atravessado pelas contradições do modo de produção capitalista, que, em sua fase neoliberal, intensifica a mercantilização

dos direitos sociais, impactando diretamente na efetivação das políticas públicas e nas condições de vida da classe trabalhadora.

No bojo desta luta, podemos dizer que o SUS, no Brasil, nasceu obstaculizado pelos interesses ditados pela exploração capitalista da saúde, que, por sua vez, o remeterá em meio ao redemoinho da concorrência intercapitalista, em que o “sucesso” do setor privado depende do “fracasso” do público e vice-versa. No seio desta contradição, infelizmente, é o público que vem agonizando com seus escassos recursos e na medida em que o Estado é transformado em aparelho do capital (Martins et al. 2012, p.6).

A produção capitalista busca expandir e transformar todas as esferas da vida em mercadoria. De acordo com Marx (2013), a mercadoria é a base da riqueza do capitalismo e possui um duplo caráter: valor de uso, relacionado à satisfação de necessidades humanas, e valor de troca, vinculado ao mercado. O trabalho concreto (produtor de valor de uso) e abstrato (produtor valor de troca) é a fonte da mercadoria e da mais-valia, que constituem a base do modo de produção capitalista (Marx, 2013). No campo da saúde, essa contradição se expressa da seguinte forma, como destaca Martins et al. (2012, p. 8):

De um lado, a saúde no capitalismo é condição sem a qual o trabalhador não pode vender sua força de trabalho, faz parte dos meios de subsistência que compõem a mercadoria força de trabalho e, portanto, tem valor de uso. De outro, a saúde, enquanto serviço produzido na relação capitalista de produção, é transformada em mercadoria como qualquer outra que tem valor de uso e valor de troca, o que significa que o trabalhador tem de comprá-la no mercado para garantir a produção/reprodução da sua força de trabalho e a de sua família.

Ao mesmo tempo em que a saúde é condição indispensável para a reprodução da força de trabalho, possuindo valor de uso, ela também é transformada em mercadoria quando inserida nas relações capitalistas de produção, adquirindo valor de troca. Assim, os serviços de saúde passam a integrar a lógica de produção de valor e mais-valia, tornando-se exploração do trabalho e acumulação de capital. Dessa forma, a precarização que atravessa o SUS não é um fenômeno isolado ou casual, mas uma estratégia do capital para ampliar a acumulação, transferindo responsabilidades do Estado para a iniciativa privada, ao mesmo tempo que precariza o acesso da classe trabalhadora aos serviços públicos e aos direitos sociais. “Os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização” (Mendes, 2015, p.75). Essa precarização se expressa nas condições materiais de trabalho, na insuficiência de recursos e na sobrecarga dos profissionais, afetando diretamente tanto os usuários quanto os trabalhadores.

Nesse cenário, a APS se configura como a porta de entrada do SUS, atuando na promoção, prevenção e cuidado integral à saúde, a partir de uma perspectiva territorializada e centrada nas necessidades da população. Inserido nesse espaço por meio da eMulti, o Serviço

Social exerce um papel fundamental, pautado na escuta qualificada, no acolhimento, na mediação entre usuários e políticas públicas, além da articulação com a rede e intervenção profissional. Entretanto, a atuação profissional das/os assistentes sociais não se isenta das expressões da questão social, que se manifestam nas desigualdades sociais, na precarização dos serviços, nas fragilidades institucionais e nas limitações impostas pelas políticas neoliberais.

A realidade concreta vivenciada pelas/os assistentes sociais na APS, particularmente no âmbito da eMulti, evidencia uma série de desafios que, muitas vezes, limitam o exercício profissional crítico e comprometido com os princípios ético-políticos da profissão. A sobrecarga de demandas, a precarização das condições de trabalho, as lacunas na formação específica para a atuação na saúde e as limitações impostas pela dinâmica das políticas públicas comprometem a efetividade das ações profissionais.

O trabalho do assistente social na política de saúde, portanto, está diretamente atravessado pelas contradições do sistema capitalista, inserindo-se na divisão social e técnica do trabalho, dada a necessidade de enfrentamento das expressões da questão social. Isso significa compreender que, os determinantes sociais da saúde não são frutos de escolhas individuais, mas resultam da forma como o capital organiza a vida social, produzindo desigualdades, adoecimento, exclusão e violação de direitos. A profissão exige uma apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais, considerando a totalidade da realidade.

Nesse sentido, compreender a atuação do Serviço Social na saúde exige uma análise fundamentada no materialismo histórico e dialético, que permita apreender a realidade em sua totalidade, considerando as determinações históricas, econômicas, sociais e políticas que estruturam as relações sociais no capitalismo. Assim, a inserção do Serviço Social na política de saúde deve ser compreendida dentro das contradições do próprio sistema capitalista, que produz, reproduz e intensifica as expressões da questão social.

3.1 MATERIAL E METODOLOGIA

A escolha do objeto desta pesquisa, — o trabalho das/os assistentes sociais na política de saúde — decorre da vivência em campo de estágio na APS, na eMulti no município de Ouro Preto-MG. A experiência cotidiana nesse espaço possibilitou reflexões críticas acerca dos limites e das potencialidades da atuação da/o assistente social na saúde pública, evidenciando as contradições que atravessam a profissão. Entre os desafios mais recorrentes,

destacam-se a sobrecarga de demandas, a escassez de recursos, além das condições precárias de trabalho que afetam toda a equipe de saúde.

Nesse contexto, emergiram questionamentos acerca de como as/os assistentes sociais têm enfrentado essas contradições no cotidiano, de que forma articulam as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, e até que ponto essas condições impactam a qualidade da intervenção social e a defesa do SUS. Diante desse cenário, tornou-se fundamental compreender como a atuação dos assistentes sociais na APS, enfrentam os desafios que atravessam esse espaço sócio-ocupacional e as estratégias desenvolvidas para enfrentá-los.

Mesmo com os avanços proporcionados pela criação do SUS e com o reconhecimento legal do Serviço Social como uma profissão que integra as equipes multiprofissionais, a efetivação dos princípios que norteiam o SUS ainda enfrenta diversos desafios. As limitações estruturais, políticas e institucionais impactam diretamente a qualidade da intervenção profissional, exigindo dos assistentes sociais uma constante atualização teórico-metodológica, ética-política e técnico-operativa.

No entanto, nem sempre esses profissionais conseguem recorrer a esse processo de qualificação. As elevadas demandas, a precarização das condições de trabalho, a insuficiência de políticas públicas e a dificuldade na efetivação das existentes, somadas ao adoecimento mental cotidiano, acabam por levar muitos assistentes sociais a se limitarem às práticas meramente operativas. “Esta é uma condição necessária à sobrevivência da profissão, mas não é suficiente para a construção de ações profissionais que possam efetivamente oferecer resposta às reais necessidades das nossas usuárias e dos nossos usuários” (Paula, 2023, p. 84). Isso, por sua vez, pode comprometer a qualidade do exercício profissional e colocar em risco os princípios éticos da profissão, resultando muitas vezes, em práticas fundamentadas no senso comum e no imediatismo, em detrimento de uma intervenção crítica e qualificada, pautada na abordagem da dimensão histórico-crítica fundada na teoria social marxiana. Ressalta-se que, são as dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas que fundamentam a dimensão técnico operativa desta profissão, portanto, são indispensáveis para a efetividade do exercício profissional das/os assistentes sociais.

Diante desse contexto, a presente pesquisa buscou inicialmente aprofundar o conhecimento sobre a atuação dos assistentes sociais na APS, com foco específico na realidade da eMulti em Ouro Preto. Com objetivo de investigar aspectos relacionados à formação e qualificação profissional, às condições de trabalho, o cotidiano de atuação, os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais nesse espaço e as estratégias de

enfrentamento adotadas. Como principal estratégia metodológica, seria realizado um estudo de campo, por meio da aplicação de um formulário eletrônico pelo *Google Forms*, direcionado às assistentes sociais atuantes na eMulti. No entanto, em razão da demora na aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o tempo disponível para a execução da etapa prática tornou-se insuficiente para a aplicação do formulário e para a posterior análise das entrevistas. Diante dessas limitações no decorrer da execução do projeto, foi necessário a reformulação tanto do objetivo central da pesquisa quanto da metodologia de coleta de dados.

Dessa forma, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, fundamentada na perspectiva crítico-dialética, que busca apreender as múltiplas determinações do objeto de estudo. Nesse sentido, parte-se do entendimento de que a realidade é histórica, contraditória e dinâmica, exigindo uma análise que vá além da superficialidade dos fenômenos. Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizadas diferentes técnicas metodológicas, entre elas, destacam-se a pesquisa documental, a pesquisa bibliográfica e a pesquisa do estado da arte.

No que se refere à pesquisa documental, de acordo com Lakatos e Marconi (2003), “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (p. 174). Nessa perspectiva, utilizou-se como material o diário de campo elaborado durante o Estágio Supervisionado Obrigatório na APS no município de Ouro Preto. O diário sistematiza as principais demandas apresentadas pelos usuários ao Serviço Social em cinco Unidades de Saúde, três localizadas em bairros da sede do município e duas situadas em distritos. O material possibilitou analisar como o trabalho da/o assistente social vem se configurando na realidade sócio-territorial, destacando os desafios, limites e as possibilidades de atuação no âmbito da política pública de saúde. Além disso, como complemento, foi utilizado o projeto de intervenção desenvolvido nesse mesmo campo de estágio, o qual contribui para aprofundar a compreensão acerca das demandas identificadas e das possibilidades de resposta.

A pesquisa bibliográfica, por sua vez, consistiu no levantamento, seleção e análise de produções acadêmicas — livros, artigos científicos, dissertações, teses e demais materiais — que abordam temáticas como Serviço Social e saúde, trabalho e formação profissional, SUS e equipe multiprofissional. Vale destacar que, conforme Lima e Miotto (2007), a pesquisa bibliográfica “difere da revisão bibliográfica, uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existente” (p. 44). Dessa forma, não se trata apenas de compilar informações já produzidas, mas de analisá-las criticamente à luz de um referencial

teórico-metodológico que possibilite apreender as determinações históricas, sociais e políticas do objeto estudado. Esse tipo de pesquisa foi o principal responsável pelo embasamento teórico deste trabalho, especialmente no que se refere à construção histórica da política de saúde no Brasil e à consolidação do SUS. Foram consultados diversos materiais que discutem o processo de constituição da política pública de saúde, seus fundamentos legais e organizativos e o trabalho profissional da/o assistente social nesse campo.

Por fim, a pesquisa do estado da arte configura-se como um estudo de caráter exploratório, articulado a uma revisão bibliográfica sistematizada, cujo objetivo é mapear a produção acadêmica existente sobre determinado tema, identificando tendências, abordagens teórico-metodológicas, avanços e lacunas no campo investigado. Do ponto de vista metodológico, os “pesquisadores tomam como fontes básicas de referência para realizar o levantamento dos dados e suas análises, principalmente, os catálogos de faculdades, institutos, universidades, associações nacionais e órgãos de fomento da pesquisa” (Ferreira, 2002, p.259). Esse tipo de pesquisa envolve a seleção de palavras-chave, a busca por dados em anais de eventos científicos, a leitura e análise de resumos e a seleção dos trabalhos relacionados ao objeto de estudo.

Nesse sentido, foram analisados os trabalhos publicados nos anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) em 2025, com foco na temática da atuação profissional das/os assistentes sociais na APS. O objetivo foi compreender como a produção acadêmica recente tem discutido as atribuições e competências profissionais, bem como os desafios, limites e possibilidades de atuação no âmbito da saúde pública. Para conduzir as análises, tomamos como referência o Quadro 1 *Ações do Assistente Social no NASF* extraído das diretrizes do NASF (Brasil, 2010), como referência para analisar o trabalho desenvolvido no município de Ouro Preto, bem como para a análise dos textos extraídos dos anais do CBAS.

Assim, o uso articulado dessas metodologias — pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e estado da arte — foram fundamental para a construção de uma análise crítica, capaz de revelar como as condições concretas de trabalho impactam o exercício profissional das/os assistentes sociais na política de saúde e de que forma essas/es profissionais vêm resistindo e construindo estratégias na equipe multiprofissional.

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO: O SERVIÇO SOCIAL NA EMULTI DE OURO PRETO-MG, UMA ANÁLISE A PARTIR DO DIÁRIO DE CAMPO E DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Minas Gerais teve sua formação histórica marcada pela mineração, especialmente a partir da descoberta do ouro no final do século XVII. Esse processo estruturou a ocupação do território, impulsionou a criação de vilas e cidades e consolidou uma economia dependente da exploração mineral, baseada no trabalho escravizado e voltada, inicialmente, aos interesses da metrópole portuguesa e, posteriormente, ao mercado internacional (Paula, 2000). De acordo com Coelho (2020) a mineração em Minas gerou uma subordinação econômica, política e social na região, uma dependência criada tanto por forças externas quanto por forças internas, que definiu a mineração como a principal atividade econômica em Minas Gerais por décadas e até séculos. Essa dependência resultou em desigualdades sociais, com uma concentração de empregos no setor extrativista mineral, o que levou muitas pessoas a trabalhar nesse setor, nutrindo expectativas de sucesso pessoal, apesar das condições de trabalho precárias e dos baixos salários (Coelho, 2020). A dificuldade em diversificar a economia, aliada à falta de apoio dos poderes públicos para atividades econômicas não ligadas à mineração, prejudicou a economia mineira e reforçou essa dependência local e internacional.

No caso de Ouro Preto, o município surgiu e se desenvolveu diretamente a partir da mineração. Inicialmente impulsionado pelo Ciclo do Ouro e, atualmente, inserido na dinâmica do minério de ferro no Quadrilátero Ferrífero, o território mantém forte relação com a atividade extrativa. Apesar da presença de outros setores econômicos, como turismo, educação e comércio, a dependência mineral ainda influencia sua organização econômica, social e territorial, além de gerar impactos ambientais e sociais significativos. Dessa forma, as demandas sociais presentes no município são reflexo dessa formação histórica. A desigualdade social, a dependência econômica, a concentração de renda e os impactos ambientais são expressões desse processo.

Nesse contexto, analisar a organização sócio-territorial de Ouro Preto considerando as especificidades do processo de formação de Minas Gerais e seus reflexos nesse território, permite identificar de que maneira suas particularidades afetam a vida da população. Para as assistentes sociais que atuam em Ouro Preto e em seus distritos, compreender a formação sócio-histórica do município não é apenas um exercício teórico, mas uma necessidade profissional. O conhecimento sobre como o território foi constituído é fundamental para interpretar as expressões locais da questão social e construir intervenções mais contextualizadas com a realidade da população.

A partir disso, considerando as particularidades nacionais que marcaram o processo de formação regional, as atividades econômicas, e a organização política, se faz necessário construir uma análise da realidade do território do assistente social inserido. Trata-se de uma necessidade de investigar os fundamentos sócio-históricos do território como parte do esforço da compreensão das suas expressões regionais. Dessa forma, a compreensão das particularidades vai ao encontro dos núcleos das Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), que articulam a teoria e a prática, permitindo uma compreensão abrangente do significado social da profissão e suas demandas contemporâneas, em especial no que tange à compreensão das expressões regionais da questão social, elemento indicado no Núcleo de Fundamentos da Formação Sócio-Histórica da Sociedade Brasileira.

Este núcleo remete ao conhecimento da constituição econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira, na sua configuração dependente, urbano-industrial, nas diversidades regionais e locais, articulada com a análise da questão agrária e agrícola, como um elemento fundamental da particularidade histórica nacional (ABEPSS, 1996, p. 11).

O Serviço Social como profissão que intervém na realidade social, beneficia-se da análise das particularidades nacionais e regionais, pois o conhecimento sobre o desenvolvimento do capitalismo no Brasil é essencial para entender a configuração da questão social, que é o objeto de intervenção da profissão. Portanto, ao compreender as dinâmicas históricas, econômicas, políticas e culturais que moldaram Minas Gerais, e, mais especificamente, a realidade do município de Ouro Preto e seus distritos, os assistentes sociais dessa região podem desenvolver intervenções mais contextualizadas.

Entretanto, esse exercício teórico nem sempre se materializa na prática profissional. Durante o estágio supervisionado na APS, junto à eMulti de Ouro Preto, foi possível identificar uma lacuna significativa no que se refere à compreensão da formação sócio-histórica do território e de seus atravessamentos nas demandas apresentadas pelos usuários da saúde pública. De acordo com Silveira (2021, p.144), é importante analisar “o território como elemento organizativo do trabalho em saúde na Atenção Primária [...], perante a noção de território usado para produção e reprodução da vida humana na sociabilidade do capital”. Dessa forma, conhecer o território não é apenas uma necessidade técnica, mas um compromisso ético-político dos profissionais da saúde pública, pois implica reconhecer como os processos históricos e sociais influenciam as condições de vida e adoecimento da população.

Ao longo do Estágio Supervisionado Obrigatório realizado nas UBSs dos bairros Bauxita, Vila Aparecida e Pocinho, e nos distritos de Lavras Novas e Santo Antônio do Salto

do município de Ouro Preto, foi construído um diário de campo que evidenciou diversas inconsistências na prática profissional observada. A recorrência de determinadas demandas sociais, as quais, se discutidas coletivamente pelas equipes, poderiam auxiliar na elaboração de ações interventivas mais articuladas. De acordo com as Diretrizes do antigo NASF, é uma das ações profissionais das/os assistentes sociais “identificar no território, junto com as equipes de Saúde da Família, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento” (Brasil, 2010). Reforçando a necessidade de uma atuação territorializada, fundamentada na realidade local como elemento central para o planejamento das ações em saúde.

Além disso, no cotidiano das equipes de saúde, observou-se que muitos profissionais tendem a repassar casos ao Serviço Social, como se a intervenção social fosse responsabilidade exclusiva desse núcleo, em vez de construírem estratégias compartilhadas por meio do trabalho em equipe, conforme propõe as Diretrizes do NASF acerca da atuação da/o assistente social na equipe multiprofissional em saúde. Segundo as diretrizes, é uma das ações profissionais “discutir e refletir permanentemente com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades” (Brasil, 2010). Entretanto, o que foi registrado no diário de campo durante a vivência de estágio foi a crescente individualização das ações, distanciando-se da proposta de trabalho coletivo e interdisciplinar, o que compromete a construção de respostas mais abrangentes territorialmente articuladas.

Ademais, durante o processo de estágio foi possível identificar a ausência de dados sistematizados sobre o perfil dos principais usuários e as demandas sociais da população atendida pelo Serviço Social nas unidades de saúde. Apesar da existência do sistema de prontuário eletrônico — e-SUS —, que registra os dados dos atendimentos, não há, nas unidades, um levantamento estruturado que permita compreender o perfil e as principais demandas sociais desses usuários. Considerando a diversidade e complexidade das demandas que chegam ao Serviço Social, evidencia-se a necessidade de planejar, organizar e analisar essas informações de forma mais estruturada.

O planejamento, enquanto método e processo, é a não improvisação sistemática, em que pensamos e agimos de maneira permanente sobre uma realidade, para modificá-la, dentro de um processo de racionalidade, com o objetivo de antecipar melhores resultados, obter soluções alternativas, reduzir riscos e incertezas. Concretiza-se em momentos não aleatórios, não mecânicos e lineares, uma vez que são inter e intradependentes (Fritsch, 1996, *apud* Bonin; Kruger, 2015, p.64).

A sistematização contribui no planejamento das ações profissionais e na construção de estratégias de intervenção mais eficazes, que estejam em sintonia com a realidade territorial

dos usuários. De acordo com Bonin e Kruger (2015, p.64), “para o Serviço Social o planejamento é um caminho que se articulado com os outros instrumentais contribui para avançar no domínio de intervenções com competência técnica, contudo, munidos, também, de competência política” Dessa forma, a ausência de sistematização de dados, não é apenas uma limitação técnico-operativa, mas revela também a manifestação das contradições do processo de trabalho.

Um dos grandes desafios hoje colocados aos assistentes sociais consiste em formular projetos que materializarão o trabalho a ser desenvolvido. Cada vez mais, é imperativo ao assistente social identificar aquilo que requer a intervenção profissional, bem como reconhecer de que forma essa intervenção irá responder às necessidades sociais que, transformadas em demandas, serão privilegiadas nos processos de trabalho nos quais a profissão é requerida (Couto, 2009, p.1).

Na prática, observa-se que a sobrecarga de atendimentos e a limitação de tempo dificultam a realização de análises mais aprofundadas, restringindo a possibilidade de intervenções mais qualificadas e planejadas no âmbito do trabalho de assistentes sociais. Mas o principal desafio profissional das/os assistentes sociais está em ultrapassar uma atuação meramente imediatista ou burocratizada, fortalecendo a dimensão técnico-operativa articulada ao projeto ético-político da profissão. Isso leva a análise crítica do território, na produção de dados que qualifiquem o planejamento das ações, na articulação com a equipe multiprofissional e na defesa dos direitos sociais no âmbito da política pública de saúde.

Além disso, a inserção do Serviço Social na APS exige constante afirmação nos espaços institucionais, reconhecimento das atribuições profissionais e enfrentamento das limitações estruturais do sistema de saúde. Em muitos contextos, ainda há uma compreensão restrita do papel da/o assistente social, frequentemente associada apenas a encaminhamentos, orientações pontuais ou resolução de demandas imediatas, o que pode reduzir a dimensão de sua atuação no âmbito da equipe multiprofissional. Nesse cenário, torna-se fundamental afirmar as competências e atribuições da profissão, delimitando seu campo de intervenção e contribuindo para a construção de práticas interdisciplinares que reconheçam os determinantes sociais no processo saúde-doença.

Dessa forma, foi elaborado e desenvolvido um projeto de intervenção no Estágio Supervisionado Obrigatório. O projeto propôs a realização de um mapeamento e caracterização do perfil dos usuários atendidos pelo Serviço Social na APS, com base nos dados já registrados no e-SUS, visando identificar aspectos como dados demográficos, situação socioeconômica, composição familiar, condições de saúde e principais demandas sociais identificadas. Ao compreender quem são os sujeitos que acessam o Serviço Social e quais são suas principais demandas, torna-se possível planejar ações interventivas mais

eficazes, potencializando o trabalho profissional da/o assistente social e da equipe multiprofissional. Com isso, o projeto se propôs não apenas a preencher uma lacuna existente, mas também a contribuir com a qualificação do trabalho profissional e a construção de estratégias que dialoguem com o território e suas especificidades.

A elaboração do projeto de intervenção tendo como tema a construção do perfil dos usuários do equipamento teve como objetivo facilitar o planejamento de atividades, grupos, oficinas e até o fortalecimento de vínculos com os usuários, uma vez que, a equipe teria uma visão mais específica de quais grupos compõem o equipamento. A ausência de dados estruturados pode comprometer a implementação dos serviços, dificultando a tomada de decisões e a formulação de estratégias mais específicas e eficazes que possam atender às reais necessidades da comunidade. Assim, ocasionando em uma atuação imediatista e burocrática, sem fundamentação teórica e compromisso ético-político.

Portanto, a partir da análise dos dados levantados, o perfil dos usuários evidenciou uma população marcada por múltiplas expressões da questão social, atravessadas por desigualdades socioeconômicas, raciais e de acesso a direitos. Trata-se majoritariamente de usuários adultos e idosos, em sua maioria mulheres e pessoas negras, com baixa escolaridade, inserção precária ou inexistente no mercado de trabalho e dependência significativa de benefícios sociais como forma de garantia mínima de renda. Os arranjos familiares identificados revelaram tanto a presença de usuários que vivem sozinhos, situação que evidencia a fragilização ou ausência de redes de apoio familiar, quanto configurações familiares ampliadas que, embora funcionem como estratégias de proteção e sobrevivência, também expressam sobrecarga de cuidados e fragilização das redes de apoio.

As demandas apresentadas pelos usuários não se manifestam de forma isolada, mas de maneira articulada, envolvendo questões socioeconômicas, uso abusivo de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico, dificuldades de acesso a serviços e benefícios, além de doenças crônicas que exigem acompanhamento contínuo. Nesse contexto, o mapeamento e a sistematização do perfil dos usuários reafirmaram a importância do Serviço Social na APS, ao evidenciar a necessidade de intervenções planejadas, contínuas e articuladas em rede, capazes de analisar a totalidade da realidade social e contribuir para a efetivação do cuidado integral e da garantia de direitos.

O mapeamento e a análise do perfil dos usuários atendidos pelo Serviço Social, evidenciaram a importância da sistematização de informações como instrumento estratégico para o planejamento e a qualificação das intervenções profissionais. A análise dos dados permitiu compreender que as demandas apresentadas pelos usuários são complexas,

interligadas e profundamente atravessadas pelas condições socioeconômicas, pelos arranjos familiares, pelas desigualdades sociais e pelos processos de adoecimento crônico e sofrimento psíquico presentes no território.

A partir dessa análise, tornou-se possível pensar em intervenções mais eficazes e alinhadas à realidade concreta dos usuários, superando respostas pontuais e imediatistas. Os dados sistematizados auxiliaram para a criação e o fortalecimento de projetos de intervenção e de atividades coletivas, como grupos, ações de promoção da saúde, espaços de escuta e iniciativas voltadas a públicos específicos, como por exemplo de mulheres, idosos, pessoas em acompanhamento por saúde mental e usuários com doenças crônicas. Nesse sentido, o projeto de intervenção demonstrou-se não apenas viável, mas necessário, reafirmando sua relevância para o cotidiano profissional do Serviço Social e para a equipe multiprofissional.

Portanto, a partir da vivência no campo de estágio supervisionado, foi possível compreender os atravessamentos na política de saúde brasileira, especificamente no município de Ouro Preto. Evidenciam-se muitas limitações e lacunas no exercício profissional, bem como a necessidade de planejar e organizar materiais que são de competência dos profissionais de Serviço Social. São cada vez mais presentes ações profissionais imediatistas, muitas vezes desvinculadas da realidade concreta de atuação. Observou-se, ainda, atuações individuais entre as equipes, em detrimento de ações coletivas que poderiam beneficiar de forma mais ampla os usuários da política de saúde. Nesse sentido, reafirma-se a importância de uma atuação profissional alinhada aos princípios e diretrizes do Serviço Social, comprometida com a defesa e o fortalecimento do SUS enquanto direito social e conquista histórica da classe trabalhadora.

3.2.1 Produção de conhecimento sobre a atuação dos assistentes sociais na APS: desafios e potencialidades no âmbito profissional

Para o mapeamento da produção de conhecimento adotou-se a técnica do estado da arte, como um procedimento metodológico voltado à identificação, sistematização e análise do conhecimento já produzido sobre determinada temática, em especial nesse trabalho com foco na temática da atuação profissional das/os assistentes sociais na APS. Conforme Romanowski e Ens (2006, p. 43), “um levantamento e uma revisão do conhecimento produzido sobre o tema é um passo indispensável para desencadear um processo de análise qualitativa dos estudos produzidos nas diferentes áreas do conhecimento”, caracterizando-se como um estudo de natureza descritiva e analítica. Assim, o estado da arte constitui-se como

uma etapa metodológica fundamental, pois possibilita compreender como a temática vem sendo abordada no âmbito da produção de conhecimento.

A fonte documental selecionada para o levantamento dos dados foram os anais do XVIII CBAS, realizado em 2025, que fornece produção de conhecimento sobre diferentes áreas de atuação das/os assistentes sociais. O congresso é um espaço de reflexão da categoria de produção técnico-científica do Serviço Social brasileiro, reunindo, profissionais, pesquisadoras/es, docentes e estudantes para reflexão crítica acerca dos desafios contemporâneos postos ao exercício profissional, tanto no âmbito da intervenção direta junto à população usuária quanto na pesquisa e na formação acadêmica. Assim, a escolha dos anais do CBAS justifica-se por sua relevância enquanto um espaço privilegiado de debate e sistematização da produção da categoria profissional do Serviço Social.

O levantamento foi realizado por meio de busca eletrônica, utilizando-se os seguintes termos de busca: “atenção primária à saúde”, “equipe multiprofissional” e “NASF”. A partir da busca realizada, foram encontrados 25 resultados, de um total de 2.081 produções publicadas no congresso, mas somente 15 estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos: (a) artigos que abordassem explicitamente a atuação profissional de assistentes sociais na APS; (b) produções que tratassem da APS em articulação com equipes multiprofissionais, especialmente NASF/e-Multi; (c) estudos que discutissem políticas públicas e contrarreformas no âmbito da APS; e (d) trabalhos que apresentassem intervenções específicas, relatos de experiência ou possibilidades de atuação profissional na APS.

No que se refere à distribuição dos resultados por termos de busca, observou-se que 13 produções foram localizadas a partir do termo “atenção primária à saúde”, uma por meio de “equipe multiprofissional” e uma por meio do termo “NASF”. A análise qualitativa dos artigos permitiu identificar e organizar as produções em eixos temáticos. Dos 15 artigos encontrados, cinco foram agrupados no eixo da “APS e as equipes multiprofissionais NASF/eMulti”, cinco no eixo do “Trabalho profissional dos assistentes sociais na APS”, três no eixo de “Intervenções específicas e experiências na APS” e dois no eixo de “Políticas públicas e contrarreformas na APS”.

Tabela 3: Agrupamento por eixos temáticos dos artigos publicados no CBAS em 2025, sobre Serviço Social na APS.

Eixo temático	Foco central	Título do artigo	Autor(es)/ Instituição
Trabalho profissional dos	Cotidiano profissional,	O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde: trajetória e	Ellen Krithian Costa Paiva - Unidade Básica de Saúde Dr.

assistentes sociais na APS	relato de experiência, desafios e potencialidades do trabalho profissional	resistência nas unidades básicas de saúde do município de Mossoró-RN.	José Leão
		O fazer profissional do assistente social na Atenção Primária à Saúde, na maior favela do Brasil	Alexsandra Beserra Torres; Catalina Kiss - Universidade Estácio de Sá
		Entre a solidão institucional e a criatividade coletiva: o fazer profissional de assistentes sociais recém-ingressos na Atenção Primária à Saúde no SUS-BH	Abraão dos Santos Freire; Talita Maciel Borges - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG
		A atuação do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência do multicampi saúde da criança na UBS Souza na cidade de Belém/PA.	Lorrane Thaís Antunes Bastos - Universidade Federal do Pará (UFPA)
		A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora na atenção primária à saúde: as necessidades de saúde dos trabalhadores que condicionam as práticas de atenção	Maria da Conceição e dos S Corrêa - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC)
APS e as equipes multiprofissionais NASF/eMulti	Equipes Multiprofissionais, desmonte das equipes, apoio matricial, desafios e potencialidades	A atuação do assistente social na eMulti e os desafios na Atenção Primária à Saúde: experiência em uma metrópole no estado de São Paulo	Fayllane Araujo Almeida; Jéssica Beatriz Serodio Miras Gotardi - Prefeitura Municipal de Campinas
		Entre o desmonte e a reinvenção: as equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde do SUS	Laíne Motter Oliveira; Bia Cruz Freitas; Tânia Regina Krüger; Keli Regina Dal Prá - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
		Serviço Social e residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência sobre os desafios e	Deise Maria da Conceição; Saene Santos Silva - Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC);

		potencialidades da atuação da assistente social na Atenção Primária à Saúde	Secretaria de Educação do Estado Através do Núcleo Territorial de Educação - Baixo Sul Bahia
		A desestruturação do NASF e do apoio matricial: o lugar do trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde	Vicência Maria de Souza Silva - Escola de Saúde Pública do Ceará
		As contribuições do Serviço Social da equipe multiprofissional em saúde na implantação do Protocolo de Escuta Especializada em Florianópolis	Maria Luiza Ferreira de Oliveira; Mayara Manes Tioquetti; Betina Benta Melo; Leandra Martinha Mariano; Keli Regina Dal Prá - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Políticas públicas e contrarreformas na APS	Gestão por resultados, lógica neoliberal, ameaça ao direito à saúde	A gestão por resultados na Atenção Primária à Saúde do Recife-PE: a invisibilização das políticas municipais de saúde prioritárias	Maria Paula Araújo Rosalvo - Secretaria de Saúde do Recife
		Entre o direito à saúde e a lógica do capital: a Atenção Primária à Saúde sob contínua ameaça	Edla Hoffmann; Lays Sabrina Pinto de Araujo - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Intervenções específicas e experiências na APS	Atuação do Serviço Social em demandas específicas (TB, saúde mental, sífilis, saúde do trabalhador)	Inclusão da(o) assistente social no fluxo de atendimento das pessoas com tuberculose (tb): relato de experiência em unidades de Atenção Primária à Saúde e do município do Rio de Janeiro	Poliana Soares Santana Motz; Maíra Guazzi; Thais Coutinho de Oliveira - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
		O acolhimento do Serviço Social na saúde mental: relato de experiência na Atenção Primária à Saúde	Claudia Ney França da Silva - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
		Educação sexual como estratégia para a prevenção da sífilis adquirida: desafios diante da captura das escolas pelo conservadorismo	Naiara Alves de Barros; Fernanda Rafaela Pinheiro Moraes; Isabela Balbys Gasperin - Prefeitura Municipal de Santos;

			Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3 revela a diversidade das instituições de afiliação dos autores, evidenciando a articulação entre diferentes espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na APS. Observa-se a presença significativa de universidades públicas, como a UFPA, a UFRN, a UFSC, a UFES, a UESC e um instituto federal, no caso o IFSC. Ao mesmo tempo, há forte participação de profissionais vinculados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e a Prefeituras, como as de Recife, Ceará, Campinas, Belo Horizonte, Florianópolis e Rio de Janeiro. Também se destacam programas de residência multiprofissional e escolas de saúde pública. Esse conjunto de instituições mostra que o conhecimento é produzido tanto em universidades quanto em espaços profissionais, evidenciando como o trabalho se materializa em diferentes contextos sócio-ocupacionais.

Os artigos analisados apresentaram semelhanças entre si, pois discutem a fundamentação da atuação profissional do Serviço Social e as atribuições desenvolvidas na APS. Os textos analisam a atuação e a inserção das/os assistentes sociais na APS, evidenciando como esses profissionais enfrentam contradições estruturais do SUS em um contexto marcado pela precarização, pelo distanciamento dos princípios originais do sistema e pelo desmonte de direitos sociais. Também destacam as possibilidades de intervenção construídas a partir da luta da categoria profissional junto a órgãos como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), bem como a atuação profissional respaldada pelos princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

As produções de conhecimento dos autores Rosalvo (2025) e Hoffmann; Araújo (2025) discorrem mais especificamente sobre o subfinanciamento da política de saúde diante do neoliberalismo e da financeirização. De acordo com Hoffmann e Araújo (2025, p. 4), “diante do neoliberalismo e da financeirização, o Estado brasileiro passa por uma profunda reconfiguração [...], marcada pela intensa subordinação a organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial [...]”. Nesse cenário, o SUS sofre impactos diretos do subfinanciamento histórico e das contrarreformas, que fragilizam seu modelo de atenção.

As consequências desse movimento podem ser exemplificadas com a fragilização do modelo de atenção à saúde alinhado aos princípios e diretrizes do SUS, a Estratégia de Saúde da Família, que a partir da alteração implementada na Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, sofreu com o enfraquecimento do componente multiprofissional ao reduzir ou alterar as formas de financiamento às equipes nas

diversas modalidades de unidades de atenção básica [...]. O acirramento da ofensiva neoliberal sobre a política de saúde, sobretudo na APS, repercutiu no modelo de repasse financeiro federal para os estados e municípios com o lançamento do Previne Brasil, em 2019 (Rosalvo, 2025, p.4).

Silva (2025) aborda um tema muito importante e relevante em seu artigo, ao tratar da desestruturação do NASF e do apoio matricial, que compromete o modelo ampliado de cuidado, afetando a organização do SUS. “O apoio matricial consolida-se como uma estratégia de organização do cuidado comprometida com a superação da fragmentação dos serviços, promovendo práticas integrais e interdisciplinares [...]” (Silva, 2025, p. 4). Entretanto, alguns desafios dificultam sua consolidação, como a “comunicação e definição das equipes de referência, a falta de incentivo dos gestores e a desconsideração dos saberes dos diferentes núcleos profissionais” (Silva, 2025, p. 4). As produções de Paiva (2025), Oliveira et al. (2025), Almeida; Gotardi (2025) e Oliveira; Tioquetti et al. (2025) abordam, de forma mais específica, o trabalho no âmbito da e-Multi, destacando como ele é atravessado pelas contradições do SUS. Conforme Paiva (2025, p. 4), “o cenário em que [os] profissionais estão inseridos é marcado por tensões entre conformismo e resistência, diante de múltiplas expressões de opressão, exploração e desigualdades sociais, além da frágil e persistente efetivação do sistema”. Dessa forma, evidencia-se a urgência de fortalecer o apoio matricial e a eMulti como estratégias essenciais de compromisso com os princípios do SUS.

Além disso, Almeida e Gotardi (2025, p. 6) chamam atenção para o processo de descaracterização da APS, “em que [os] trabalhadores [são] muitas vezes, tensionados a realizar atendimentos com características de pronto atendimento e queixa-conduta⁶ [...]”. Essa dinâmica compromete a função estratégica da APS no âmbito do SUS. Quando o trabalho na APS passa a priorizar atendimentos rápidos e focalizados apenas na demanda imediata, reforça-se uma prática que reduz as determinações sociais do processo saúde-doença a respostas pontuais. Essa lógica compromete o acompanhamento contínuo dos usuários e enfraquece o trabalho interdisciplinar, o que limita a construção de estratégias coletivas.

Alguns artigos ressaltam que a atuação é atravessada pelas especificidades territoriais, o que exige o desenvolvimento de estratégias de intervenção voltadas à garantia de direitos. Reafirmam que o exercício profissional na saúde deve estar alinhado ao Código de Ética e ao documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010), apontando para um trabalho integrado que respeite os princípios e o processo histórico

⁶ “Nos serviços de pronto-atendimento, no modelo centrado na doença, calcado na diade queixa-conduta, o atendimento prestado resume-se a dar uma resposta imediata, visando despachar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda” (Sancho; Pfeiffer; Corrêa, 2019, p.6).

de construção do SUS. Destacam-se as autoras Conceição e Silva (2025, p. 6), que enfatizam o trabalho das/os assistentes sociais fundamentado na realidade territorial dos usuários.

A dinâmica da equipe multiprofissional de saúde deve atravessar o campo do conhecimento prático-reflexivo cotidianamente. As ações desenvolvidas partem da aproximação com o território e são construídas a partir de intencionalidades. O olhar multiprofissional compõe o fazer profissional de cada especialidade, ampliando os serviços e as formas de atendimento, fator que corrobora para promover à população uma nova perspectiva de cuidado que é garantida legalmente a todo/a cidadão/ã. O diagnóstico territorial é crucial para o estabelecimento de estratégias, sendo a apropriação do território constante, pois trata-se de um objeto de trabalho que é dinâmico. Consultas compartilhadas conseguem trazer com mais evidência a necessidade do trabalho em equipe.

O trabalho profissional orientado pela análise e compreensão do território possibilita intervenções mais articuladas às necessidades da população. As autoras Torres e Kiss (2025) criaram um grupo de mulheres a partir das demandas do território de atuação. Silva (2025) identificou expressões da questão social relacionadas à saúde mental, principalmente referentes às violências territoriais. Barros, Morais e Gasperin (2025) apresentaram possibilidades de intervenção por meio da educação sexual como estratégia de prevenção. Motz, Guazzi e Oliveira (2025) apresentaram a inclusão do trabalho de assistentes sociais no fluxo de atendimento às pessoas com tuberculose (TB), e Bastos (2025) percebeu a necessidade de criar um projeto de intervenção para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), desenvolvendo atividades educativas no território de atuação profissional, com o propósito de acompanhar o desenvolvimento infantil e trabalhar a conscientização sobre o uso da caderneta. Bastos utilizou a visita domiciliar para a realização de seu projeto de intervenção, indo ao encontro das ações profissionais reconhecidas pelas Diretrizes do NASF, como “[...] identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar” (Brasil, 2010). Além disso, as práticas educativas das intervenções realizadas pelos autores citados, também estão alinhadas à ação de “apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde” (Brasil, 2010).

Os autores Freire e Borges (2025) problematizam o trabalho individual realizado pelas/os assistentes sociais e a necessidade de articulação com a equipe de saúde. As Diretrizes do NASF não mencionam o trabalho individual, pelo contrário, reforçam que o trabalho multidisciplinar na APS deve ser centrado no território e na coletividade. Assim como na análise sobre o trabalho desenvolvido no município de Ouro Preto, refletir sobre a sobrecarga profissional e a redução do trabalho da e-Multi a atendimentos individualizados evidencia que as diretrizes não têm sido implementadas conforme o previsto, o que compromete a efetividade desse trabalho.

Ressalta-se a importância da participação nos espaços coletivos, aproveitando os dispositivos presentes na rede de saúde. O trabalho do Serviço Social na APS não acontece apenas no consultório, mas sobretudo nos espaços coletivos e no território. O espaço profissional é, muitas vezes, tensionado por outras categorias que tentam impor funções alheias à profissão. Por isso, é fundamental conhecer as normativas da categoria e reforçar os limites éticos da atuação. (Freire; Borges, 2025, p. 6-7)

A produção de conhecimento de Bastos (2025) também reafirma que a atuação profissional deve estar aliada ao Código de Ética e que deve ser realizado um trabalho integrado que respeite os princípios do SUS, destacando a importância e a urgência do trabalho coletivo na atuação profissional e a problematização das atribuições indevidas. Enfatiza-se a necessidade das/os profissionais conhecerem as normativas da categoria como forma de reafirmar limites ético-políticos e fortalecer a atuação profissional. De acordo com as autoras Conceição e Silva (2025, p. 6-7):

Entre os desafios postos aos Assistentes Sociais dentro da equipe multiprofissional [...], estão a necessidade de reafirmar cotidianamente as suas atribuições e competências profissionais, ou seja, a falta de reconhecimento da identidade profissional, explicitando que algumas requisições solicitadas a esta profissional são realizadas de forma equivocada.

Ademais, Corrêa (2025), em seu artigo, aborda o processo da saúde do trabalhador e da trabalhadora da política de saúde, no capitalismo. De acordo com Corrêa (2025, p. 2) “assimilamos que sob a administração do capital, as forças produtivas são contraditoriamente exploradas, desgastadas e destruídas em razão da produção de necessidades sociais tornadas mercadorias para a acumulação”. Dessa forma, o capitalismo, ao subordinar as políticas sociais à lógica da acumulação e mercantilização, transforma também o trabalho em saúde em exigências produtivistas e metas quantitativas. Nesse contexto, as/os profissionais passam a vivenciar no cotidiano profissional sobrecarga de demandas, precarização institucional e intensificação do trabalho, elementos que têm contribuído para o desgaste e o esgotamento mental de muitos profissionais da saúde pública, especialmente das/os assistentes sociais.

Trata-se, portanto, de um modo dominante de produção que, sob a administração capitalista, engendra as condições da existência humana, mas faz isso de forma contraditória quando produz destruindo as forças que o reproduzem e o valorizam, que são o trabalho vivo e a natureza. Decorre disso os processos de saúde e de adoecimento, os acidentes e as mortes do trabalho que acometem os trabalhadores de forma direta e mais imediata, mas de maneira distinta, condiciona a saúde das populações humanas (Corrêa, 2025, p. 2).

Assim, a análise dos artigos apresentou resultados muito semelhantes àqueles observados e vivenciados no campo de estágio, especialmente no que se refere aos desafios e às limitações no trabalho profissional das/os assistentes sociais. A fundamentação teórica da profissão esteve presente em quase todos os artigos, destacando a importância de conhecê-la e de atuar em consonância com esses fundamentos. O trabalho individual tem se tornado cada

vez mais frequente na atuação profissional das/os assistentes sociais, gerando ações cada vez mais imediatistas, muitas vezes desvinculadas dos princípios que norteiam a profissão de Serviço Social e do Código de Ética profissional.

A partir da análise realizada, torna-se fundamental retomar as ações previstas nas Diretrizes do NASF (Brasil, 2010), que orientam o trabalho das equipes multiprofissionais na APS. Foi utilizado para conduzir as análises, o Quadro 1 *Ações do Assistente Social no NASF*, como parte da metodologia dessa pesquisa. Dessa forma, entre essas ações, destacam-se a realização de atividades de educação em saúde, a participação no planejamento das ações e a construção de estratégias voltadas à integralidade do cuidado. Que estão presentes nos projetos de intervenção de alguns autores.

No entanto, o que mais se observou tanto nos artigos analisados quanto no campo de estágio foi um distanciamento significativo dessas diretrizes. Embora haja experiências que reafirmam o trabalho territorial, as práticas educativas, as visitas domiciliares e a construção de grupos, evidencia-se uma predominância crescente de atendimentos individualizados e imediatistas. O apoio matricial é descrito como fragilizado, especialmente após as mudanças na PNAB e a reconfiguração do financiamento da APS, o que impactou diretamente a consolidação do trabalho multiprofissional.

Além disso, ações estratégicas previstas nas diretrizes, como o fortalecimento da intersetorialidade e o estímulo ao controle social, mostraram-se pouco exploradas ou ausentes nas produções analisadas, revelando uma defasagem entre o que está normativamente estabelecido e o que vem sendo efetivamente realizado no cotidiano profissional. Não foi identificado, em nenhum artigo, o trabalho profissional das/os assistentes sociais com o controle social. “As ações de controle social na saúde referem-se à participação popular na fiscalização e no planejamento do SUS, garantida pela Lei 8.142, principalmente por meio de conselhos e conferências de saúde” (Arantes et al., 2007). De acordo com as Diretrizes do NASF, é uma ação profissional “estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF”.

Observou-se, ainda, que o tema da intersetorialidade aparece de forma pouco explorada nas produções analisadas, apesar de ser um elemento central na atuação das/os assistentes sociais. As Diretrizes do NASF (Brasil, 2010) preveem, como uma das ações profissionais, a “capacitação, orientação e organização, junto às equipes de Saúde da Família, do acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e de outros programas de transferência de renda”. Essa articulação com a política de assistência social, contudo, não é aprofundada na maioria dos textos. Apenas Oliveira; Tioquetti et al. (2025)

discutem a intersectorialidade ao relacioná-la ao princípio da integralidade da atenção, destacando que a fragmentação e a desarticulação das políticas públicas brasileiras dificultam o atendimento integral das necessidades da população.

A sobrecarga de trabalho, a precarização das condições institucionais e as requisições indevidas dirigidas às/aos assistentes sociais também contribuem para o enfraquecimento das práticas coletivas e interdisciplinares. Dessa forma, embora as Diretrizes do NASF apresentem ações comprometidas com os princípios do SUS, sua materialização encontra limites no atual contexto de desfinanciamento da política de saúde. Tal cenário exige o fortalecimento da organização coletiva da categoria, a defesa intransigente dos princípios do SUS e a reafirmação das atribuições profissionais, como estratégias fundamentais para enfrentar os desafios identificados tanto no campo de estágio, quanto nas produções de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS constitui-se como um direito social historicamente conquistado por meio de intensas lutas populares e da mobilização do movimento sanitário brasileiro, sendo consolidado na Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, apesar desse marco jurídico, observam-se diversos atravessamentos que fragilizam a efetivação desse direito fundamental. A partir da apresentação de experiências vivenciadas em um cenário de precariedade e de contrarreformas no sistema público de saúde, tanto no campo de estágio quanto nas produções de conhecimento analisadas, evidencia-se a necessidade de pensar e planejar possibilidades de enfrentamento aos desafios estruturais e institucionais decorrentes da precarização do SUS. A mercantilização da saúde está cada vez mais presente na realidade dos profissionais, dificultando uma atuação que ultrapasse a lógica da precarização de um direito social conquistado por meio de lutas sociais.

O SUS enfrenta impactos diretos decorrentes do subfinanciamento histórico e das contrarreformas neoliberais, que priorizam a lógica do ajuste fiscal e da redução do papel do Estado nas políticas sociais. A insuficiência de recursos públicos, associada à ampliação do setor privado, evidencia um processo contínuo de precarização que compromete os princípios estruturantes do sistema. Essa precarização não se restringe ao âmbito administrativo ou orçamentário, mas atinge diretamente as condições de trabalho dos profissionais de saúde, por meio de vínculos empregatícios estáveis e baixos investimentos em infraestrutura. Como consequência, há impactos significativos na qualidade dos serviços prestados à população

usuária, revelando que o desfinanciamento e a privatização progressiva do SUS não apenas enfraquecem a política pública de saúde, mas também aprofundam desigualdades sociais e limitam o acesso efetivo a um direito constitucionalmente assegurado.

De acordo com Barroco (2022), as ideologias neoliberais aprofundam a precarização do trabalho, a desigualdade social e a instabilidade política. A partir da década de 1970, com a ofensiva neoliberal e a intensificação da globalização do capital, operaram-se transformações significativas na estrutura produtiva e nas relações de trabalho, resultando na redução de direitos historicamente conquistados. Como afirma Fernandes (1973), no cenário brasileiro tais transformações são mediadas pela inserção dependente do país no capitalismo mundial, bem como pelas particularidades de sua formação sócio-histórica, marcada por desigualdades estruturais profundas.

No Brasil expressa-se também a sobrecarga das políticas sociais, nos recorrentes cortes orçamentários e na redução da proteção destinada aos segmentos mais vulnerabilizados (Barroco, 2022). Essas dinâmicas articulam-se com princípios do neoliberalismo, tais como a defesa do Estado mínimo, a meritocracia, o privatismo, o individualismo e o combate aos direitos sociais. Tal combinação sustenta a atribuição do sucesso ou do fracasso exclusivamente ao mérito individual, escondendo as determinações estruturais das desigualdades.

Nesse contexto, a desregulamentação⁷ das relações laborais, afetam a atuação dos trabalhadores, que passam a compreender a realidade de maneira fragmentada e imediatista. As relações sociais tendem a ser percebidas como efêmeras⁸ e desprovidas de historicidade, o que contribui para a naturalização das desigualdades e das formas de opressão, tratadas como fenômenos inevitáveis e inerentes à ordem social vigente (Barroco, 2011). No campo do Serviço Social, torna-se fundamental compreender como essa percepção reducionista da realidade social influencia o desmonte das políticas públicas e contribui com os ataques aos direitos sociais conquistados nas últimas décadas, aprofundando as desigualdades estruturais.

Compreender a desigualdade inerente e produzida pelo capitalismo alerta-nos para os equívocos das responsabilizações individuais ante a situação de pobreza e o não sucesso. Assim como deve instigar-nos a compreender as limitações de todas as ações dentro da ordem, até mesmo aquelas que de fato impactam positivamente na vida da classe trabalhadora (Farage 2023, p.38).

⁷ A desregulamentação é a redução ou eliminação de normas, regras e controles governamentais em setores econômicos ou sociais, buscando minimizar a intervenção do Estado.

⁸ Isso significa que o contexto de empobrecimento, instabilidade e desregulamentação das relações de trabalho leva a uma subjetividade fragmentada, na qual os indivíduos percebem a realidade de maneira compartimentada, isolada, sem conexão entre as diferentes esferas sociais. Isso faz com que enxerguem as relações sociais como efêmeras, transitórias e desprovidas de estabilidade, enfraquecendo os laços comunitários, dificultando a formação de uma consciência crítica e coletiva e fomentando a individualidade (Barroco, 2011).

Diante desse cenário, o desafio que se coloca ao Serviço Social é o de sustentar um posicionamento ético-político comprometido com a transformação social, recusando práticas que reforcem a opressão e a desigualdade. Compreender criticamente a ofensiva neoliberal e suas mediações nas políticas públicas é fundamental para fortalecer estratégias de resistência e reafirmar o projeto ético-político profissional. “Apenas com essas compreensões, poderemos, então, conciliar ações de atendimento imediato às demandas dos segmentos da classe trabalhadora com as demandas de superação da ordem do capital [...]” (Farage 2023, p.38), orientando-se pela emancipação da classe trabalhadora e pela ampliação de direitos sociais.

A categoria do Serviço Social é historicamente comprometida com a defesa dos direitos sociais, dessa forma, é essencial que assistentes sociais que atuam em políticas atravessadas por contrarreformas neoliberais se posicionem criticamente diante desses desafios. O Serviço Social constitui uma categoria respaldada por diretrizes, princípios e órgãos de representação profissional que, por meio de um compromisso ético-político, buscam a emancipação da classe trabalhadora. “A busca pela emancipação humana exige analisar a realidade como ela é, para melhor planejar ações, posições e parcerias, que nos possibilitem intervir de forma apropriada e emancipadora na realidade social” (Farage 2023, p.39). Entretanto, a crescente influência de políticas neoliberais, voltadas ao corte de gastos públicos e à redução do papel do Estado na proteção social, tem imposto desafios significativos ao Serviço Social. Nesse contexto, os profissionais da área têm sido submetidos a se adaptar a um ambiente cada vez mais contrário aos direitos sociais.

Tendo em vista que a formação profissional se encontra ancorada em determinada concepção materialista da história, é de grande importância trazer para a história a noção de ruptura, de devir. A ausência dessa discussão sobre a concepção de história tem levado estudantes e profissionais a uma atitude fatalista, de finalismo na história, não percebendo que é possível a construção de formas de resistência no cotidiano, de buscar alternativas às requisições institucionais e às respostas previamente elaboradas no âmbito das políticas sociais (Guerra, 2023, p.54-55)

Dessa forma, é mais que necessário que a/o assistente social consiga construir práticas profissionais aliadas ao comprometimento ético-político da profissão. Entretanto, é comum observar profissionais que se deixam dominar pelo imediatismo, pelo desgaste do dia a dia e pela precarização institucional e estrutural (Juncá, 2012). Algumas demandas exigem, de fato, ações mais imediatas, especialmente em situações que necessitam do senso de urgência e não há tempo suficiente para planejar, organizar e intervir de maneira mais elaborada, sendo necessária, nesses momentos, uma ação prática e rápida. Contudo, isso não significa que tais ações devam estar desvinculadas dos princípios e diretrizes do Serviço Social. O problema

está no limite entre responder à urgência e deixar-se conduzir pela reprodução e repetição de atos imediatos, ignorando caminhos e mediações a serem construídos frente à demanda apresentada (Juncá, 2012).

“As possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais; cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las, transformando-as em projetos e frentes de trabalho” (Iamamoto, 2003, *apud* Juncá, 2012, p. 185). Sendo assim, é necessária a capacidade de conhecer a realidade para nela intervir, indo além da superficialidade dos fatos. Isso possibilita uma atuação mais próxima do que Juncá (2012) afirma em relação ao diálogo, o qual está atrelado ao saber construído na articulação entre teoria e prática.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo apresentar a trajetória de criação do SUS, evidenciando as lutas sociais travadas para sua instituição e consolidação, bem como a inserção do Serviço Social na política pública de saúde e a atuação profissional das/os assistentes sociais, especialmente no âmbito da APS e na eMulti. Nesse espaço sócio-ocupacional, esses profissionais enfrentam, cotidianamente, os atravessamentos da questão social. O estudo, que surgiu a partir da experiência no campo de estágio, apresenta as relações entre os desafios e as potencialidades da atuação do Serviço Social na área da saúde.

A pesquisa também problematiza os atravessamentos presentes na construção e efetivação do SUS, destacando o processo de precarização intensificado por políticas neoliberais, que comprometem os princípios que fundamentam o sistema. Os resultados apontam para a necessidade dos profissionais de Serviço Social articularem intervenções fundamentadas no Código de Ética e nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, alinhando suas práticas às demandas territoriais e às particularidades do contexto em que atuam. Torna-se fundamental que as/os assistentes sociais articulem teoria e prática, garantindo que suas intervenções possuam embasamento teórico e compromisso ético-político com as demandas apresentadas pelos usuários, superando análises restritas aos fenômenos aparentes e alcançando a compreensão da realidade social.

Assim, a análise dos resultados das produções de conhecimento, articulada às observações e experiências vivenciadas no campo de estágio, evidenciou o confronto entre o que está previsto nas normativas e o que efetivamente se concretiza na prática profissional. A eMulti possui papel estratégico e de grande potencial para a efetivação de seus objetivos e ações regulamentadas. Entretanto, conforme apresentado ao longo deste trabalho, as práticas neoliberais, expressadas no subfinanciamento das políticas públicas, no desmonte dos direitos sociais e na desestruturação do SUS, atravessam e tensionam aquilo que está legalmente

estabelecido. Esse cenário produz um cotidiano profissional marcado por contradições, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, falta de incentivo e condições precárias para o exercício profissional.

Apesar desses desafios, é fundamental que os profissionais tenham como embasamento em sua atuação as normativas e diretrizes que orientam o trabalho, como, por exemplo, as Diretrizes do NASF, que nesta pesquisa foram utilizadas como material metodológico para a análise da prática profissional. O amparo teórico-normativo fortalece a atuação crítica e comprometida com os princípios do SUS. O trabalho das/os assistentes sociais na eMulti apresenta potencialidades significativas, embora ainda não alcance plenamente suas ações como foram apresentados nesta pesquisa. Como possibilidade de avanço, destaca-se a necessidade de desenvolver, junto às equipes de SF, estratégias de formação continuada e capacitação acerca do compromisso com a defesa do SUS. Além disso, é fundamental promover espaços de análise e discussão acerca das diretrizes que norteiam a prática profissional, bem como investir na qualificação não apenas dos trabalhadores, mas também dos gestores responsáveis pela coordenação das equipes e dos resultados alcançados.

Por fim, esta pesquisa busca estimular a reflexão acerca da atuação dos assistentes sociais na política de saúde, especialmente na APS, considerando as estratégias possíveis diante das complexas demandas impostas pelo sistema capitalista que, de forma recorrente, precariza os serviços públicos e reduz direitos sociais historicamente conquistados. Reconhecendo os desafios enfrentados pela categoria, o estudo também ressalta as possibilidades de intervenção profissional fundamentadas na ética, no compromisso com os princípios do SUS e na defesa intransigente dos direitos sociais. Ademais, este estudo pretende contribuir para o fortalecimento do debate acadêmico e profissional sobre o Serviço Social na saúde, colaborando para a construção de propostas que qualifiquem as intervenções e estratégias no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. *Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social*. Rio de Janeiro, 1996.

ABREU, J. L. N.; NOGUEIRA, A.; KURY, L. Na Saúde Na Doença: enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas Brasil Colonial (séculos XVI-XVIII). In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. *História da saúde no Brasil*. 2018.

ALMEIDA, F. A.; GOTARDI, J. B. S. M. *A atuação do assistente social na emulti e os desafios na atenção primária à saúde: experiência em uma metrópole no estado de São Paulo*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço

Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1286818_14_08_2025_17-59-53_8050_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

ARANTES, C. I. S. et al. *O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica*. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300013>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BARROS FILHO et al. *Trabalho escravo no Brasil*. 2017. Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/issue/view/25>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BISPO JÚNIOR, J. P; ALMEIDA, E. R de. *Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>. Acesso em 24 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006*. In: Política Nacional de Atenção Básica. 4.^a edição. Brasília - DF: 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2026

_____. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023*. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-48477379>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. Secretaria de Comunicação Social. *Unidades Básicas de Saúde do Governo Federal*. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/unidades-basicas-de-saude-do-governo-federal>. Acesso em: 18 jun. 2025.

BARROCO, M. L. *Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011.

_____. M. L. *Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 143, p. 12-21, jan./abr. 2022.

BONIN, S; KRÜGER, T. R. *Planejamento e Serviço Social*. Sociedade em Debate, Pelotas, v. 21, n. 2, p. 63-83, 2015.

BRAVO, M. I. S. *Política de Saúde no Brasil*. In: MOTA, Ana Elisabete (et al). Orgs. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. *O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, p. e00279111, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>. Acesso em: 21 jan. 2026.

CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil*. Estudos avançados, v. 27, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 18 jun. 2025.

CFESS. *Parâmetros para atuação do assistente social na saúde*. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

COELHO, T. P. *Minério-dependência em Brumadinho e Mariana*. Lutas Sociais, 22(41), 252–267, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/ls.v22i41.46681>. Acesso em: 16 fev. 2026.

CONCEIÇÃO, D. M. da; SILVA, S. S. *Serviço Social e residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência sobre os desafios e potencialidades da atuação da assistente social na Atenção Primária à Saúde*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1280971_28_07_2025_08-46-05_5482_v4.pdf Acesso em: 17 fev. 2026.

CORRÊA, M da C. dos S. *A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora na atenção primária à saúde: as necessidades de saúde dos trabalhadores que condicionam as práticas de atenção*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1281429_13_08_2025_23-47-59_1794_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

COUTO, B, R. *Formulação de projeto de trabalho profissional*. In: _____. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

EIRAS, A. A. L. T. S. A dimensão ético-política no trabalho de assistentes sociais. In: Conselho Regional de Serviço Social De Minas Gerais(Org.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. 1. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2023. p. 59-77.

FARAGE, E. A conjuntura e o trabalho de assistentes sociais: elementos para a construção da análise de conjuntura no cotidiano profissional. In: Conselho Regional de Serviço Social De Minas Gerais (Org.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. 1. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2023. p. 25-40 .

FERNANDES, F. Padrões de dominação externa na América Latina. In: _____. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

FERREIRA, N. S. de. A. *As pesquisas denominadas “estado da arte”*. Educação & sociedade, v. 23, p. 257-272, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013>. Acesso em: 15 fev. 2026.

FONSECA, N. L da; PATROCÍNIO, S. S da S. M. do. *Desafios e contribuições do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica*. In: XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2022.

FREIRE, A. dos S; BORGES, T. M. *Entre a solidão institucional e a criatividade coletiva: o fazer profissional de assistentes sociais recém-ingressos na atenção primária à saúde no SUS-BH*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1278634_14_07_2025_15-22-14_8316_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

FUNCIA, F. R. *Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 19 fev. 2026.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2014. p. 493-545. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2025.

GORENDER, J. Categorias fundamentais. In: _____. *O escravismo colonial*. São Paulo: Expressão Popular/Perseu Abramo, 2016.

GUERRA, Y. A dimensão teórico-metodológica no trabalho de assistentes sociais. In: Conselho Regional de Serviço Social De Minas Gerais (Org.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. 1. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2023. p. 43-57.

HOFFMANN, E; ARAÚJO, L. S. P. de. *Entre o direito à saúde e a lógica do capital: a atenção primária à saúde sob contínua ameaça*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1281706_30_07_2025_07-22-01_5928_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. *Relações sociais e serviço social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1982.

_____, M. V. *Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

IANNI, O. Do escravo ao cidadão. In: _____. *Raças e classes sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966, p. 23-50.

JUNCÁ, D. *A teoria é uma coisa, mas a prática pode não ser outra*. O Social em Questão - Ano XV - nº 27 - 2012, p. 179-192. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSocial27_Se%C3%A7%C3%A3o_Livre_Junc%C3%A111.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. *Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica*. Katálisys, Florianópolis, v. 10, n. esp., 2007, p. 37-45.

MARA, E; PIRES, O. C. Capitalismo dependente, autocracia burguesa e contradições de classe no Brasil. In: MEDEIROS, E; NOGUEIRA, L; BEZERRA, L. *Formação social e Serviço Social: a realidade brasileira em debate*. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

MARTINI, D; DAL PRÁ, K. R. *A inserção do assistente social na atenção primária à saúde*. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 118-132, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545995>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MARTINS, P. P. S; EICH, M; MARTINS, L. S. *O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho*. In: VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012 – UNESP- Franca/SP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/08.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2026..

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. Tradução de: Florestan Fernandes.

_____, K. *Ideologia Alemã*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Tradução de: Luis Claudio de Castro e Costa.

_____, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. Disponível em: <https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/marx-e-engels/o-capital-livro-1.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2026.

_____, K.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

MASCARO, A. L. Direito, capitalismo e Estado: da leitura marxista do direito. In: KASHIURA JR, C. N; AKAMINE JR, O; MELO, T de. (orgs.). *Para a crítica do direito: reflexões sobre teorias e práticas jurídicas*. São Paulo: Outras Expressões, Editorial Dobra, 2015.

MENDES, Á. *A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?*. Saúde e Sociedade, v. 24, p. 66-81, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>. Acesso em: 19 fev. 2026.

MOURA, C. População, miscigenação, identidade étnica e racismo. In: _____. *Dialética radical do Brasil negro*. São Paulo: Anita Garibaldi/Fundação Maurício Grabois, 2014, p. 136-232.

_____, C. *Rebeliões da senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas*. São Paulo: Anita Garibaldi, 2014.

OLIVEIRA, A.; GHIRALDELLI, R. *O Serviço Social na atenção primária à saúde*. Revista Em Pauta, 17 (44), 255 – 273. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335873266_O_Servico_Social_na_atencao_primaria_a_a_saude. Acesso em: 18 jun. 2025.

OLIVEIRA, J. R. M. de. *NASF e Serviço Social: as potências e os limites no trabalho multiprofissional em saúde*. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018.

OLIVEIRA, L. M; et al. *Entre o desmonte e a reinvenção: as equipes multiprofissionais da atenção primária à saúde do SUS*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1278814_30_07_2025_00-04-29_5681_v4.pdf. Acesso em: 24 fev. 2026.

PAIVA, E. K. C. *O serviço social na atenção primária à saúde: trajetória e resistência nas unidades básicas de saúde do município de Mossoró-RN*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1286512_13_08_2025_23-59-55_1885_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

PAULA, J. A. de. *Raízes da Modernidade em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PAULA, L. G. P. de. A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais. In: Conselho Regional de Serviço Social De Minas Gerais (Org.). *A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais*. 1. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2023. p. 79-96.

PEREIRA, S. C. C., MADER, R. M. S. *Trabalho Escravo Contemporâneo*. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 9(10), 2739-2758. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11836>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PINA, J. A; STOTZ, E. N. *Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150–160, jul.–dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000074913>. Acesso em: 09 ago. 2025.

PINHEIRO, L. A.; SANTOS, G. V. *Trabalho Profissional do/a Assistente Social na Atenção Básica da Saúde Pública*. XVII ENPESS. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/00032.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2026

PRADO Jr., C. *O sentido da colonização*. In: _____. Formação do Brasil contemporâneo: colônia. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Global, 2015.

ROMANOWSKI, J. P; ENS, R. T. *As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte” em educação*. Revista Diálogo Educacional, 6(19), p. 37–50. 2006. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/24176>. Acesso em: 17 fev. 2016.

ROSALVO, M. P. A. *A gestão por resultados na atenção primária à saúde do Recife-PE: a invisibilização das políticas municipais de saúde prioritárias*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1261322_14_07_2025_10-56-54_7925_v4.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANCHO, K. A; PFEIFFER, C. R. C; CORRÊA, C. R S. *Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta-redes de significação em jogo*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. e170633, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170633>. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANGLARD, G; FERREIRA, L. O. Caridade e filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, L. A; PIMENTA, T. S; HOCHMAN, G. *História da saúde no Brasil*. 2018.

SILVA, V. M. de S. *A desestruturação do NASF e do apoio matricial: o lugar do trabalho interprofissional na atenção primária em saúde*. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 18., 2025, Salvador, BA. Anais do 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1261682_08_08_2025_17-38-05_9251_v4.pdf. Acesso em: 17 fev. 2026.

SILVEIRA, L. D. da S. *O trabalho dos/as assistentes sociais nos territórios da Atenção Primária à Saúde*. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/8589b73a-6234-4782-94c7-9d1b12337353/content>. Acesso em: 26 jan. 2026.

SODRÉ, F. *Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000300004>. Acesso em: 26 jan. 2026.

SOUZA, S. M. dos Santos; ÁVILA, H. D. Dantas de. *Atuação do Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Revise – Dossiê Gestão, 2019. DOI: 10.21452/revise.dossier.gestao.2019.artigo.11.simone_nasf.

TEIXEIRA, R. J. *Fundamentos do Serviço Social: uma análise a partir da unidade dos núcleos de fundamentação das diretrizes curriculares da ABEPSS*. Tese de Doutorado em Serviço Social/PPGSS-UFRJ. 2019.

VASCONCELOS, A. O assistente social na luta de classes: entre projetos, tendências, possibilidades, alternativas não exploradas e consequências. In: *A/O Assistente Social na Luta de Classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas*. 1.Ed.São Paulo: Cortez, 2015. p. 293-317.

VIEIRA, F. S. *Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14suppl1/1565-1577/pt> . Acesso em: 21 jan. 2026.