



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**JOSILENE DO NASCIMENTO**

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE  
2020**

**JOSILENE DO NASCIMENTO**

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

**Área de concentração:** Ciências Sociais Aplicadas

**Orientador:** Prof. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

**CAMPINA GRANDE**

**2020**

N244i Nascimento, Josilene do.

A Inserção do assistente social na atenção primária à saúde [manuscrito] / Josilene do Nascimento. - 2020.

62 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2020.

"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira ,  
Coordenação do Curso de Serviço Social -CCSA."

1. Serviço social na saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Atenção Primária à Saúde (APS). I.  
Título

21. ed. CDD 362.1

JOSILENE DO NASCIMENTO

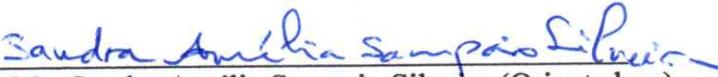
A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

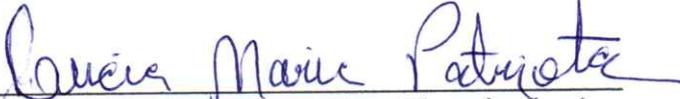
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

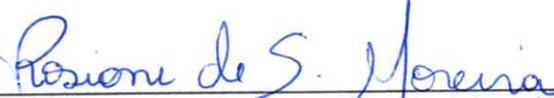
Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas.

Aprovada em: 03/03/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Me. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Me. Lucia Maria Patriota (Examinadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
A. Social Rosiane de Souza Moreira (Examinadora)

Dedico este trabalho a todas as mulheres, mães e trabalhadoras que, mesmo conscientes de todos os obstáculos que deverão enfrentar para atingir seus objetivos, decidem retomar os estudos.

## AGRADECIMENTOS

Para chegar até aqui tive que percorrer um longo e, muitas vezes, tortuoso caminho, que só foi possível porque pude contar com o auxílio de pessoas que se tornaram ponte para a realização deste sonho. Por esta razão, deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos:

Primeiramente agradeço a Deus, a quem, nos momentos mais difíceis recorri e nunca me desamparou. A luz que me guiou quando me julguei incapaz; a força que me preencheu nos momentos de fraqueza e solidão; a benção que resplandece no sentimento de vitória e gratidão.

A meu pai, João Luiz e, especialmente, minha mãe, Maria das Neves, pela torcida e encorajamento.

Às minhas filhas, Mirela e Mariana Amâncio, por compreenderem e perdoarem, cada uma a sua maneira, as minhas ausências em brincadeiras e passeios.

A meu marido, Melício Amâncio, que inicialmente parecia não compreender o quão era difícil conciliar a rotina do trabalho, estudo, maternidade e gravidez, no entanto, com o passar do tempo, tornou-se fundamental e indispensável para que eu chegasse até aqui.

Aos colegas de classe pela união, amizade e apoio.

Às colegas de estágio pela parceria e boas risadas.

Às orientadoras, Glaucia Oliveira, Rosiane Moreira e Sandra Amélia pela indicação de leituras ao longo dessa orientação, pela presteza e atendimento quando necessário, fatores essenciais para realização de um trabalho que eu julgava ser incapaz de fazê-lo.

“[...] saúde não é simplesmente ausência de doença [...] saúde deve ser entendido como um bem-estar físico [...], social afetivo [...] que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito a casa, que tenham direito ao trabalho, que tenham direito ao salário condigno, que tenham direito à água, que tenham direito à vestimenta, que tenham direito à educação, a ter informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo [...]”. (Sergio Arouca, discurso de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986).

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo geral discutir a inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS). Como objetivos específicos que nortearam o estudo, buscamos realizar um breve resgate sócio-histórico da constituição da APS no Brasil; e apreender as contribuições e os desafios da atuação do assistente social neste âmbito. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, ancorada no método crítico-dialético, para compreensão do objeto em foco, apontando desafios e contribuição para o desempenho deste profissional na APS. As informações coletadas foram obtidas por meio de levantamento em bibliografia pertinente, como livros e revistas e nas legislações referentes à temática em questão. Ao longo do estudo constatamos que, em 1988, inspirada pelo conceito ampliado de saúde, a Constituição Federal reconfigura o sistema de saúde nacional e abre espaço para a incorporação de outras práticas e saberes em saúde. Assim como a saúde brasileira, o Serviço Social passa por um processo de renovação que, tanto o aproxima dos princípios do Sistema de Saúde (SUS) quanto o habilita para identificar e lidar com determinantes e condicionantes sociais do processo saúde doença. Nesta perspectiva, identificamos que a inserção do Serviço Social na APS à Saúde pode contribuir para a superação do modelo de atenção centrado na atuação médica e na doença, para o questionamento, organização e luta contra a racionalidade neoliberal adotada pelo Estado brasileiro acerca do SUS e das políticas sociais como um todo. Também contribui para a mobilização da classe trabalhadora, visando à defesa da saúde como um direito social conquistado. O Serviço Social vem produzindo conhecimentos para o enfrentamento dos inúmeros obstáculos impostos pela lógica do mercado na saúde, assim como ampliando seu campo de atuação na área, especialmente na APS, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), voltando-se para a implementação de uma atenção integral à saúde, prevista na Constituição de 1988. No entanto, a profissão vem sendo desafiada a legitimar seu espaço na APS, referenciada no seu Código de Ética e nas demandas dos usuários, num contexto adverso em que se depara, cotidianamente, com a desconstrução do direito adquirido, a precarização e a flexibilização do trabalho, com o desmonte do SUS, com o aumento das expressões

da Questão Social, com o avanço do ideário neoliberal, do conservadorismo e das forças antidemocráticas.

**Palavras-Chave:** SUS. APS. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The present work had the general objective of discussing the insertion of the social worker in Primary Health Care (PHC). As specific objectives that guided the study, we seek to carry out a brief socio-historical rescue of the constitution of PHC in Brazil; and apprehend the contributions and challenges of the work of the social worker in this area. To this end, we conducted a bibliographic and documentary research, with a qualitative approach, anchored in the critical-dialectic method, to understand the object in focus, pointing out challenges and contribution to the performance of this professional in PHC. The information collected was obtained by means of a survey in relevant bibliography, such as books and magazines and in the legislation related to the subject in question. Throughout the study, we found that, in 1988, inspired by the expanded concept of health, the Federal Constitution reconfigures the national health system and opens space for the incorporation of other health practices and knowledge. Like Brazilian health, Social Work goes through a renewal process that both brings it closer to the principles of the Health System (SUS) and enables it to identify and deal with social determinants and conditions of the health-disease process. In this perspective, we identified that the insertion of Social Service in PHC to Health can contribute to overcoming the model of care centered on medical practice and disease, to questioning, organizing and fighting against the neoliberal rationality adopted by the Brazilian State about SUS and social policies as a whole. It also contributes to the mobilization of the working class, aiming at the defense of health as an acquired social right. Social Work has been producing knowledge to face the innumerable obstacles imposed by the market logic in health, as well as expanding its field of action in the area, especially in PHC, through the Family Health Strategy (ESF) and the Health Support Center of Family (NASF), focusing on the implementation of comprehensive health care, provided for in the 1988 Constitution. However, the profession has been challenged to legitimize its space in PHC, referenced in its Code of Ethics and in the demands of users, in an adverse context in which it is faced, daily, with the deconstruction of the acquired right, the precariousness and the flexibility of work, with the dismantling of the SUS, with the increase of the expressions of the Social Question, with the advance of the neoliberal ideas, of conservatism and anti-democratic forces.

**Keywords:** SUS. Primary Health Care. Social Work.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL: uma breve trajetória histórica..	13
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	19
2.2 A SAÚDE PÚBLICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A AMEAÇA NEOLIBERAL.....	25
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE .....	35
3.1 AS CONTRIBUIÇÕES E OS DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	42
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
REFERÊNCIAS.....	56

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da reorganização do sistema de saúde brasileiro, através do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser vista como o nível de cuidado que organiza o sistema de saúde nacional, pois é a partir dela que as demandas e necessidades podem ser identificadas e direcionadas aos demais níveis de cuidado. Além de porta de entrada e organizadora do sistema de saúde, a APS é, também, o nível de atenção mais próximo da população, condição que favorece a vivência cotidiana, in loco, das mais diferentes expressões da Questão Social<sup>1</sup>, objeto de trabalho do Serviço Social.

O interesse em estudar a temática “A inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde” surgiu a partir de discussões em sala de aula, no curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e da dinamicidade apresentada e vivenciada no Estágio Supervisionado em Serviço Social na área. Tive a oportunidade, tanto como servidora municipal da APS, que sou, quanto como estagiária de Serviço Social no referido nível de cuidado, de identificar e vivenciar a fundamental, contribuição que o assistente social pode oferecer para o desenvolvimento, dentre outras coisas, da atenção integral à saúde. O estágio aconteceu na Estratégia Saúde da Família, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde, Monte Santo e Bonald Filho, nas quais pudemos acompanhar o trabalho desenvolvido pela assistente social naqueles espaços sócio-ocupacionais, o que nos motivou a aprofundar o conhecimento acerca da inserção do (a) assistente social na APS e as contribuições que a atuação deste (a) profissional pode trazer nesta área.

No decorrer do estudo identificamos que o Brasil vem, desde 1920, apresentando inúmeras tentativas para organizar a saúde brasileira. No entanto, verificamos que a mesma foi marcada, ao longo de sua existência, por campanhas sanitárias de combate a endemias e epidemias, pelo assistencialismo e pela desarticulação entre os níveis de complexidade de atenção à saúde. Diante da incapacidade do sistema de melhorar as condições de saúde da população, nasce o

---

<sup>1</sup> São as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 84).

Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), no final da década de 1970, com o intuito de democratizar e enfrentar os problemas de saúde existentes.

Destaca-se que a inserção do assistente social na saúde acontece na década de 1930, requisitado pelo Estado brasileiro para intervir de forma política/sistemática nas expressões da questão social. As ações eram marcadas pelo conservadorismo e pelo assistencialismo. No final dos anos de 1970, paralelo ao MRSB, acontecia no Serviço Social brasileiro um movimento de mudança que origina o processo de renovação da profissão. Através da perspectiva da intenção de ruptura, que surge diretamente ligada aos acontecimentos sociais, políticos e econômicos da época, a profissão dá um passo significativo para a construção de uma nova legitimidade profissional, sintonizada com os interesses da classe trabalhadora.

Nesse sentido, a década de 1980 marca o início da maturidade teórica do Serviço Social, como também a reorganização do sistema de saúde brasileiro. As mudanças produzidas a partir das lutas do MRSB e da conquista do SUS irão redefinir não só a organização da política de saúde, mas também abrirá espaço para incorporação de outras práticas e saberes na área da APS, pois partem do entendimento de que a saúde, além de um direito humano, diz respeito a um bem estar biopsicossocial.

É neste contexto de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, baseada no conceito ampliado de saúde, que o Serviço Social se insere na APS, não como mais um campo de trabalho, mas sim como um espaço onde tem a possibilidade e a capacidade para aperfeiçoar e desenvolver, junto à classe trabalhadora, um papel que vise o fortalecimento da democracia, a liberdade e a justiça social, princípios caros tanto para o projeto da Reforma Sanitária quanto para o do Serviço Social. (RIBEIRO et, al. 2005).

A partir de 1990, as conquistas sociais definidas na Constituição Federal (CF) de 1988, são postas em cheque por todos os governos que se sucederam desde então, em nome de ajustes fiscais e monetários. Tal conjuntura, socioeconômica e política, geram novas requisições e desafios para o Serviço Social no setor saúde, diretamente ligado à lógica da contrarreforma do Estado que atinge as políticas sociais, conforme veremos posteriormente. (CFESS, 2010).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo geral discutir a inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS). Como objetivos específicos

que nortearam o estudo, buscamos realizar um breve resgate sócio-histórico da constituição da APS no Brasil; e apreender as contribuições e os desafios da atuação do assistente social neste âmbito. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, ancorada no método crítico-dialético.

A discussão aqui apresentada está estruturada em dois capítulos: no primeiro realizamos uma breve contextualização histórica acerca da Atenção Primária no Brasil, especificando como o Movimento de Reforma Sanitária contribuiu para a construção do SUS, e indicamos também, como a saúde pública contemporânea e a atenção primária à saúde se configuram diante do avanço do ideário neoliberal; no segundo abordamos o Serviço Social na Atenção Primária e apontamos contribuições e desafios para o trabalho do assistente social neste âmbito.

Esperamos que o presente trabalho possa contribuir para despertar novos questionamentos e/ou o interesse pelo tema, no sentido de fomentar investigações posteriores, no meio acadêmico e entre profissionais de saúde.

## 2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL: uma breve trajetória histórica

O Brasil vem, desde os anos de 1920, apresentando inúmeras tentativas de organização da APS, motivado por distintos interesses e concepções acerca deste nível de atenção. Assim como muitos outros países do mundo, recebe influencia de modelos de sistemas de saúde europeus e/ou norte-americanos.

A APS, segundo Starfild (2002, p. 28),

[...] é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não diretamente para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção. [...] integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. [...] organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Nesse sentido, a APS corresponde a um nível de atenção marcado pelo alto grau de proximidade das pessoas, famílias e comunidades. Nas discussões em torno da APS, costuma ser ressaltada a sua tendência à eficiência na resolutividade da maioria dos problemas em determinadas localidades, bem como pode direcionar, qualificadamente, os serviços e ações aos demais níveis do sistema de saúde. (AQUINO et al, 2014; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2013; VASCONCELOS et al. 2009).

Historicamente a ideia de ter a APS como coordenadora dos cuidados disponibilizados pelo sistema de saúde surge para o mundo na década de 1920 com o médico Bertrand Eduard Dawson, que ao analisar o sistema de saúde inglês, redige um relatório no qual distingue três níveis principais de serviço de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola.” (STARFIELD, 2002, p. 30). O referido documento propõe o estabelecimento de vínculo entre os três níveis de atenção como também descreve as funções de cada um deles. Foi a partir dessa formatação que surgiu o conceito de regionalização, ou seja, uma forma de organizar o sistema de saúde, planejando respostas, no sentido de atender as necessidades de serviços médicos dos indivíduos e/ou da população. De acordo com Aquino et al (2014, p. 354),

[...] Esse documento, propunha, [...] um desenho regionalizado do sistema de serviços de saúde e apontava a necessidade de criação de centros de saúde primários, [...] equipados para serviços médicos preventivos e curativos, [...] que variaria em tamanho e complexidade segundo necessidades locais. [...] Nessa proposta, os centros primários de saúde integrariam uma rede da qual fariam parte, [...] centros de saúde secundários, hospitais-escola e serviços domiciliares.

Desse modo, podemos observar que o “Relatório Dawson”, como ficou mundialmente conhecido, torna-se um dos primeiros documentos a destacar a importância de cuidados primários a saúde no intuito de atender a população de acordo com suas necessidades individuais e/ou coletivas.

Conforme Aguiar (2003), em um direcionamento oposto ao modelo sugerido pelo Relatório Dawson, temos na América do Norte, o modelo flexneriano, que surgiu na década de 1910, a partir de um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses realizado por Abraham Flexner. O documento elaborado após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, dá origem a um novo paradigma médico: a Medicina Científica, ou Flexneriana, que passa a nortear a formação dos futuros médicos e a reconstituição do próprio processo de trabalho médico.

Elementos como o individualismo<sup>2</sup>, o mecanicismo<sup>3</sup>, o biologicismo<sup>4</sup>, a tecnificação do ato médico<sup>5</sup>, a exclusão de práticas alternativas, entre outros, presentes no modelo flexneriano, contribuíram para que a atenção à saúde focasse apenas no indivíduo, reduzindo um leque de problemas de saúde a problemas médicos, ou seja, os determinantes sociais, parte fundamental do processo saúde-doença, são ignorados e ocorre uma focalização na doença, onde o médico seria o profissional capacitado para solucionar determinado problema. (AGUIAR, 2003).

De acordo com Paim (2009), no Brasil, entre 1889 a 1930, a organização dos serviços de saúde era confusa, pois o Estado, baseado numa concepção liberal, só

---

<sup>2</sup> “O paciente é visto como uma eventual vítima da união de fatores desfavoráveis e fatalidades que lhe atingem individualmente, e é no âmbito pessoal que se deve intervir para minimizar o infortúnio. Pode-se, inclusive, atribuir ao indivíduo a responsabilidade pelo aparecimento de suas enfermidades”. (AGUIAR, 2003 p. 19).

<sup>3</sup> “Faz uma analogia do corpo humano com a máquina. O primeiro é interpretado como um sistema em equilíbrio, possuidor de fragilidades que naturalmente geram danos passíveis de intervenção através de métodos químicos físicos e elétricos”. (AGUIAR, 2003 p. 18).

<sup>4</sup> “Tenta explicar as causas e consequências das doenças através de alterações biológicas diversas e sua força vem da descoberta dos microrganismos no século XIX”. (AGUIAR, 2003 p. 18).

<sup>5</sup> “Alija do processo de trabalho o componente não-científico das relações humanas. A difusão da tecnologia contribui para a progressividade do uso da técnica científica em detrimento da percepção dos sentidos”. (AGUIAR, 2003, p. 19).

intervinha quando os indivíduos ou a iniciativa privada não fossem capazes de resolver os problemas de saúde. Não existia um sistema de atenção à saúde organizado, e as partes que compunham a estrutura sanitária do país atuavam de forma isolada, com objetivos diversos e, em muitos casos, desempenhando as mesmas ações, gerando desperdício de recursos e, conseqüentemente, maior dificuldade para solucionar os problemas de saúde que cresciam, principalmente a partir da urbanização em decorrência da industrialização.

Havia uma separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico hospitalar. Neste mesmo período surge no Brasil, através das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs)<sup>6</sup>, a previdência social. Os trabalhadores, vinculados a essas caixas passaram a ter acesso a alguma assistência médica. Todavia, as parcelas da população sem vínculo empregatício formal e os desocupados ficavam desprotegidos, dependendo de caridade ou filantropia. (PAIM, 2009).

Enquanto os modelos de atenção à saúde, norte-americano e europeu, foram se estabelecendo no mundo, o Brasil em 1920, vive mudanças importantes na área da saúde marcada pela Reforma Carlos Chagas que, diante das epidemias e doenças endêmicas, concebe o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), amplia as ações de Saúde Pública e incentiva a criação de Postos de Profilaxia e Saneamento Rural, voltados à assistência permanente de determinadas áreas e populações, com o objetivo de manter a ordem econômica e garantir a possibilidade de exportação através das cidades portuárias brasileiras, frequentemente atingidas por graves epidemias, como a da febre amarela. Tais unidades de saúde faziam parte de uma proposta de organização da atenção, mas suas ações deixavam uma lacuna entre as ações preventivas, prestadas por eles, e as ações clínicas, ofertadas por ambulatórios hospitalares. (AQUINO et al, 2014).

Vale salientar que neste mesmo período, segundo Aquino et al (2014), em São Paulo, o médico e sanitarista Geraldo de Paula Souza<sup>7</sup> dá origem a Centros de Saúde Escola, onde ofertava um conjunto de ações integradas e permanentes com foco na prevenção. Esta experiência foi considerada pioneira e inovadora num

---

<sup>6</sup> Surge a partir da aprovação da Lei Eloy Chaves, publicada no ano de 1923 e estavam, inicialmente, voltadas para “algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos”. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p.80).

<sup>7</sup> Especialista em saúde pública e/ou coletiva, que defendia a construção de conhecimentos acerca do conjunto de medidas que visam elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário com fins à saúde da população. (Dicionário Informal).

período em que as ações de saúde pública eram provisórias e pontuais, desenvolvidas em determinadas regiões e dedicadas ao combate de doenças epidêmicas. A proposta de Paula Souza assemelhava-se as propostas do Relatório Dawson no tocante a oferta de ações integradas e permanentes de saúde, baseadas na prevenção, porém foi sufocada pelo modelo de centro de saúde americano e pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que prestava serviços como o cuidado médico, clínico e ações de saúde pública tradicionais, fortemente influenciadas pelo modelo flexneriano.

O SESP foi intensamente difundido no país através da Fundação Rockefeller nos anos de 1920 até 1960. Entre as ações desenvolvidas pela fundação podemos citar: o financiamento e formação maciça de recursos humanos, a construção de prédios escolares, a vinda de sanitaristas para o Brasil e a oferta de bolsas de estudos aos brasileiros. As críticas ao modelo adotado começaram a surgir no início dos anos de 1960, quando parcelas da sociedade brasileira insatisfeitas com a baixa resolutividade dos serviços prestados se mobilizaram em defesa de reformas sociais. Essa proposta de mudança foi abortada pelo Golpe Militar de 1964, obrigando tais ideias a se manterem latentes até os anos de 1970, quando surgem as discussões em torno da reforma sanitária. (AQUINO et al, 2014).

Ainda conforme os autores mencionados, nos anos de 1970, os sistemas de saúde pelo mundo passaram por um grave processo de crises, marcados pelo aumento dos custos da atenção médica especializada, por uma baixa resolutividade da assistência e por uma exclusão de parte da população do acesso aos serviços de saúde.

Nos países latino-americanos, este período se destacou por uma forte mobilização e luta em defesa da democracia, já que muitos governos se configuraram autoritários, pela decadência do modelo biomédico<sup>8</sup> de atenção à saúde, como também por inúmeras críticas a forma de abordagem das agências internacionais vinculadas à saúde. Toda efervescência social e política contribuiu para o nascimento e adoção de um pacto internacional pela melhoria da saúde mundial consolidado em dois grandes eventos de destaque internacional. (AQUINO et al, 2014).

---

<sup>8</sup> Compreende o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em partes. Centra a saúde unicamente em fatores biológicos, excluindo fatores psicológicos e sociais, no entendimento da doença ou do distúrbio médico de uma pessoa. (Portal São Francisco).

O primeiro evento foi a Assembleia Mundial de Saúde em 1977, que afirmou a saúde como direito humano fundamental e estipulou a meta “Saúde para Todos no ano 2000”. O segundo evento foi a Conferência Internacional dos Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata na União Soviética. Nesta, foi produzida a Declaração de Alma-Ata, importante documento que lista os princípios fundamentais da APS e enfatiza o papel dos determinantes sociais, reafirmando a saúde como um direito humano fundamental, e salientando que a efetivação do mesmo seria a mais importante meta social para o mundo, cuja realização exigia, além do setor saúde, a participação de muitos outros setores sociais e econômicos. (AQUINO et al, 2014).

Ainda nos anos 1970, segundo Aquino et al (2014), o Brasil encontra-se em meio a uma intensa movimentação social pela redemocratização do país. É nesse cenário que a área da saúde produz as bases do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Em paralelo surge também, no âmbito das políticas governamentais brasileiras, uma proposta para ampliar a cobertura das estruturas básicas de Saúde Pública em determinadas comunidades no Nordeste.

Tratava-se do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, no final dos anos 70 teve suas ações ampliadas para todo o país, permanecendo assim, até 1981, quando foi integrado ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, também conhecido como PREV-SAÚDE. No entanto, ao ser considerada uma proposta com características racionalizadora, que favorecia o setor público, democratizante e que envolvia a participação comunitária, o PREV-SAÚDE enfrentou uma forte oposição do setor privado de saúde, e não conseguiu ser implementado. (AQUINO et al, 2014)

Com o passar dos anos, afirma Paim (2009), o sistema de saúde brasileiro estava cada vez mais semelhante à medicina americana, pois coexistia no país uma diversidade de instituições e organizações, tanto estatais quanto privadas, fornecendo serviços de saúde, frequentemente direcionadas a um mesmo público, enquanto uma grande parcela da população não tinha acesso à atenção a saúde ou recebia serviços focalizados e de baixa qualidade.

Neste sentido, no final dos anos de 1980, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de descentralizar e fortalecer a relação entre os governos federal, estadual e municipal, através de ações de saúde

desenvolvidas pelas instituições de saúde. As unidades básicas de saúde eram responsáveis pela atenção integral à saúde do indivíduo independente de sua vinculação previdenciária. (AQUINO et al, 2014).

Como podemos observar o modelo de atenção à saúde, adotado no Brasil dos anos de 1930 até 1980, foi organizado em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública prevalece até meados dos anos de 1960, marcada pelas campanhas sanitárias de combate a endemias e epidemias. A medicina previdenciária se expande com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), superando a saúde pública a partir de 1966. Mesmo coexistindo, o modelo que prevalece, tanto no setor privado quanto público, é o médico-assistencial privatista, orientado pela concepção flexneriana, que concentra suas ações na doença e se organiza a partir do âmbito hospitalar. (BRAVO et al, 2009).

Então, diante de um sistema de saúde no qual as medidas adotadas visavam privilegiar os interesses do mercado, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença e a incapacidade do mesmo em melhorar as condições de saúde da população, a necessidade de mudanças dos serviços públicos de saúde ficava evidente, desencadeando uma intensa discussão acerca do tema, tendo como principal protagonista o MRSB, tal processo vai culminar na constitucionalização do SUS em 1988.

No final dos anos de 1970, MRSB é influenciado pelo ideário de Alma-Ata, no entanto as propostas acerca da APS só foram absorvidas no Brasil a partir dos anos de 1990, quando, em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que se apresentava em sua fase inicial com um perfil focalista, voltado à expansão da cobertura dos serviços de saúde.

A Atenção Primária, segundo Vasconcelos et al (2017), começa a ser discutida no Brasil a partir dos anos de 1980 pois, até então, os serviços de saúde pública, como apontado anteriormente, estavam voltados para o combate a epidemias e endemias, através de vacinação, educação e programas para controle de grupos de risco. As experiências que se assemelhavam a este nível de cuidado não se apresentaram como serviços integrados a um sistema nacional, mas como ações pontuais ou programas de ampliação de cobertura.

Na década de 2000, o PSF é redefinido e passa a se configurar como Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando como reorganizador do modelo de atenção do SUS. A ESF assume um papel de destaque na APS brasileira e, em 2006, a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) elege-a como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no país. Apesar dos investimentos governamentais e dos bons resultados, a ESF não consegue se concretizar como reorganizadora do sistema de saúde, pois em virtude da desarticulação da rede de serviços, a mesma tem dificuldade em assegurar a integralidade da atenção, objetivo da APS. (VASCONCELOS et al, 2017).

Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM nº 154 cria e regulamenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visando “ampliar a abrangência e o escopo das ações da [...] Atenção Primária à Saúde [...], bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da” [...] Atenção Primária à Saúde [...]. De acordo com tal Portaria, o NASF deve ser composto por uma equipe multiprofissional, e atuar articulado às Equipes de Saúde da Família (EqSF), integrado a ESF, dividindo responsabilidades e baseado no apoio matricial. A integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde, território, participação social, educação popular em saúde, promoção da saúde e humanização, são os princípios e as diretrizes do NASF, publicados, em 2010, no Caderno de Atenção Básica nº 27. (VASCONCELOS et al, 2009, p.13).

Nesse sentido, observamos que o NASF é uma estratégia de organização que deve orientar-se por um novo modelo de produzir saúde a partir de um processo de trabalho compartilhado, entre duas equipes ou mais, para gerar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa proposta visa integrar e transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde (vertical) em uma lógica mais rápida e eficaz (horizontal), no intuito de alargar o campo de atuação da ESF e qualificar suas ações. Na prática, isso significa compartilhar problemas, trocar saberes e práticas, articular em conjunto intervenções, levando em conta as responsabilizações comuns e específicas da ESF e dos diferentes profissionais do NASF. (MARTINI, 2017).

## 2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A discussão sobre a saúde pública contemporânea e a APS no Brasil requer a compreensão de que o SUS é MRSB, o qual surge da indignação de diversos setores da sociedade acerca da ausência e ineficiência de políticas públicas em saúde.

Esse movimento social foi consolidado em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde todos os segmentos sociais envolvidos discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, baseado na proteção social, de acesso universal, público e gratuito. As propostas apresentadas foram debatidas e, posteriormente, defendidas na Assembleia Nacional Constituinte.

Em 1988, a nova Constituição Federal foi promulgada, incorporando muitas das ideias do MRSB. A Constituição Cidadã, assim reconhecida por seu direcionamento democrático, reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido através de um sistema de saúde público, universal, igualitário e democrático, ou seja, através do SUS.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) que, apresenta em suas diretrizes<sup>9</sup>, elementos com potencialidades de contribuir para promover mudanças na organização do modelo da APS nacional, esse direcionamento, posteriormente, fez o mesmo ser visto como uma estratégia que favorece a integração e promove a organização das atividades em um dado território, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e/ou solucionar os problemas identificados. Neste sentido o PSF, assumido como Estratégia Saúde da Família (ESF), é adotado como prioritário para a expansão e consolidação do SUS, como também ordenador da APS no Brasil. (AQUINO et al, 2014).

Desse modo, em 1988, a Constituição absorvendo parte das demandas do MRSB, assim como sua proposição de conceito ampliado de saúde, cria e regulamenta, por meio da Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, o SUS, um sistema de saúde baseado em princípios e diretrizes que permitem mudar a forma de pensar e fazer saúde no Brasil.

---

<sup>9</sup> “caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização; adscrição de população e territorialização; programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; estímulo á ação intersetorial; estímulo à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família; adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.” (AQUINO et al 2014, p. 358)

A universalidade, que compreende a saúde como direito de qualquer cidadão e permite o acesso a todos os níveis de assistência; a equidade, que busca reduzir as desigualdades, promovendo assistência de acordo com a necessidade de cada indivíduo; a integralidade, que supõe um conjunto articulado e contínuo de serviços e ações para cada caso e em todos os níveis do sistema de saúde; a hierarquização, pensada para permitir que os recursos sejam utilizados para atender mais e melhor o cidadão, no sentido de organizar os serviços de acordo com os níveis de complexidade tecnológica crescente; a descentralização, vista como uma forma de distribuir, entre os entes federados, o poder e as responsabilidades, acerca das ações e serviços de saúde, baseado no entendimento de que quanto mais próximo da necessidade maior é a probabilidade de conhecê-la e solucioná-la; e por fim o controle social, o qual permite que as entidades representativas participem do processo de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde em todos os níveis de governo, são princípios e diretrizes apresentados à sociedade brasileira que possibilitam construir uma nova forma de ver e fazer saúde no país, dedicado ao desenvolvimento da atenção integral à saúde. (PAIM, 2009; VASCONCELOS et al, 2009).

A Carta Magna de 1988, em seu artigo 196, reafirma a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Seguindo o direcionamento democrático dos anos de 1980, o Brasil promulga em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, de número 8.080, “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. (BRASIL, 1990). Posteriormente é implementada a Lei de número 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. (BRASIL, 1990). Tais políticas públicas buscam favorecer a implementação do SUS, como também fortalecer a APS em todo país.

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), fundamental para a consolidação do SUS e para a organização dos sistemas locais de saúde, a partir da APS. Dentre os principais elementos que nortearam sua intervenção temos:

[...] a definição de responsabilidade sobre um território e a adscrição da clientela; enfoque das práticas de saúde na família e não nos indivíduos; a priorização das ações preventivas diante dos problemas; e a integração dos serviços de saúde com a comunidade; e uma abordagem ampla e não centrada apenas na intervenção médica. (AQUINO, et al, 2014, p. 358).

O PACS surge com o objetivo de combater as altas taxas de mortalidade materna e infantil no Nordeste, mas diante de uma epidemia de cólera, logo foi ampliado para a região Norte. Assim, inspirado nas experiências de sucesso do referido programa no país, em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF). (AQUINO et al, 2014).

Os primeiros documentos normativos e norteadores que estabeleceram os princípios e diretrizes do PSF demonstraram uma inclinação à mudança no modelo de organização da APS, pois diferentemente dos programas anteriores, a concepção que o orienta apresenta uma proposta de reorganização da atenção primária, de modo que este deixa de ser concebido como programa e assume um novo destaque na política de saúde, como estratégia:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997, p.08).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, também teve papel fundamental no processo de consolidação da APS brasileira, pois permitiu refletir o modelo de atenção e gestão do trabalho em saúde nos municípios. Os benefícios de sistemas de saúde baseados numa atenção primária de qualidade são reconhecidos em todo o mundo, porém segundo Giovanella (2018):

[...] predominam imprecisões quanto ao seu significado e observam-se, na formulação e na implementação de políticas de atenção primária à saúde, abordagens em disputa. A prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas.

As imprecisões conceituais decorrem das diversas influências que incidiram sobre a atenção primária ao longo de décadas. (GIOVANELLA, 2018, p. 01).

De acordo com a referida autora, a concepção de atenção primária à saúde em Alma-Ata apresenta componentes como o acesso universal e primeiro contato com o sistema de saúde; relação indissociável da saúde, e seus determinantes sociais, com o desenvolvimento econômico-social; e participação social, compatíveis com as diretrizes do SUS, os quais configuram uma concepção abrangente de atenção primária à saúde, em oposição à concepção seletiva, restrita e focalizada de serviços custo-efetivos para pobres, difundida por organismos internacionais.

No Brasil o MRSB e, posteriormente, o SUS adotam o termo atenção básica à saúde ao invés de atenção primária à saúde, termo hegemônico e consagrado na maior parte do mundo.

A PNAB publicada em 2006 e revisada em 2011 reafirma a escolha da Saúde da Família como “estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL, 2012, p. 22-23) no Brasil, em substituição ao modelo tradicional, que centrava a atenção à saúde na doença. Tal escolha apoia-se no entendimento de que a ESF é o modo mais qualificado e eficiente de:

[...] expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54).

Em 2017 tivemos mais uma mudança na PNAB, entretanto, diferentemente das anteriores, esta segue o direcionamento das forças políticas conservadoras no Brasil, voltadas ao atendimento da racionalidade neoliberal, que leva o Estado a reduzir cada vez mais os investimentos em políticas públicas, por meio de ajustes fiscais, sob a justificativa de estabilizar o orçamento da União. A tendência de revisão da PNAB 2011 já existia desde 2016, porém sua produção foi, oficialmente, pouco divulgada e sua discussão acontece em espaços restritos. As alterações que ocorreram no texto se basearam na argumentação da necessidade de “atender especificidades locais/regionais”. Todavia, o que podemos observar é um discurso construído de modo a permitir que o caráter “indutor e propositivo” da política seja

removido, abrindo espaço para “desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público”. (MOROSINI et al 2018, p. 14).

Dentre as mudanças na nova PNAB, vale destacar a referência acerca da cobertura da assistência, que nas PNABs anteriores era preconizada em 100% e agora ela fica restrita as áreas consideradas de risco ou de vulnerabilidade social, permitindo que haja uma cobertura seletiva ou condicionada a determinantes pré-estabelecidos.

Ainda sobre a cobertura, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também são afetados pela mudança no texto, pois o número de profissionais por Equipe Saúde da Família (EqSF), que antes dependia do número de usuários cadastrados, agora passa a ser definido com base em critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, ou seja, pode acontecer a formação de equipes com apenas um, ou mesmo nenhum ACS.

Mas, um ponto que nos chama atenção se refere ao papel da ESF, que apesar de no discurso, ter sido considerada prioritária, na prática, a PNAB 2017 não só deixa espaço, como também incentiva outras estratégias de organização da APS, como a possibilidade de formação de equipes com três médicos, desses, dois devem ter carga horária de 20 horas e um de 10 horas; três enfermeiros, com 40 horas cada; e um auxiliar ou técnico de enfermagem, com 40 horas e a dispensa do ACS. Essa alternativa tende a fragilizar a formação de vínculo entre profissional e usuário, a continuidade do cuidado, e/ou a responsabilidade sanitária das equipes, prevista e preconizado pela ESF. (MOROSINI et al 2018, p. 14 - 15).

Nesse sentido, embora o SUS e a Saúde da Família (SF) sugiram a adesão de um conceito ampliado de saúde o modelo biomédico ainda prevalece nos serviços, como também permeia a esfera institucional que, por meio de medidas como a mencionada, deixa patente a possibilidade de existência de equipes SF composta por profissionais característicos da formação de cunho biologicista, demonstrando assim, a manutenção e/ou fortalecimento da concepção flexneriana, enquanto o cuidado com a atenção integral à saúde, pressuposto da ESF, é desconsiderado ou minimizado. (VASCONCELOS et al, 2009)

A atuação exclusiva da especialidade médica e de enfermagem são, como nos aponta Vasconcelos, et al (2009, p. 08), insuficientes “para responder as multifacetadas expressões da questão social no âmbito da saúde e para desenvolver

um trabalho resolutivo, de inversão do modelo assistencial”, pois os referidos profissionais, não conseguem contemplar todas as particularidades do processo saúde-doença, o qual é envolto por condicionantes que vão além do biológico, é influenciado também, pelo social, econômico, político e cultural.

No entanto, vale destacar que apesar de existir, desde final dos anos 1980, incertezas e dúvidas quanto à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, decorrentes da fragilidade das medidas reformadoras, da ineficácia do setor público, das tensões com os profissionais de saúde, da redução do apoio popular e da reorganização dos setores contrários a reforma, que passaram a conduzir o setor saúde, dificultando a consolidação do SUS Constitucional, os avanços da APS brasileira, por meio da ESF, seu principal modelo assistencial, consegue impactar positivamente na situação de saúde da população, claramente identificável quando levado em conta a ampliação de sua abrangência para todo território nacional, fato que possibilita, entre outras coisas, maior acesso as ações e serviços, redução de desigualdades, redução da mortalidade infantil, assim como do número de hospitalizações. Neste sentido, compreendemos que mesmo a ESF sendo afetada por aspectos da política neoliberal, a mesma detém um conjunto de qualidades que a capacita para contribuir com a mudança do modelo assistencial, desde que haja o confronto político necessário voltado para defesa do SUS constitucional. (GIOVANELLA, 2018; MOTA et al, 2008; MOROSINI et al 2018; VASCONCELOS et al, 2009).

## 2.2 A SAÚDE PÚBLICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A AMEAÇA NEOLIBERAL

Apesar das conquistas alcançadas mediante a Constituição Federal de 1988 e das lutas sociais para sua conformação terem propiciado um direcionamento democrático do Estado brasileiro e das políticas sociais e, no âmbito da saúde, terem assegurado melhorias consideráveis nas condições de saúde da população, a operacionalização do SUS no sentido de atender ao texto constitucional está longe de efetivar-se plenamente. (MOTA et al, 2008).

Além dos limites estruturais, as forças progressistas envolvidas com a reforma sanitária perdem espaço no cenário político-institucional a partir da década de 1990, repercutindo de forma negativa na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

A partir dos anos de 1990 temos no Brasil o redirecionamento do papel do Estado, fortemente influenciado pela política de ajuste neoliberal, que defende o abandono estatal da responsabilidade direta pelo desenvolvimento social e econômico, para se transformar num promotor e/ou regulador, transferindo para o setor privado algumas de suas atividades.

Por conseguinte, foi disseminada em todo país uma campanha acerca da necessidade de reformar o Estado brasileiro, visto como principal causador da crise econômica e social vivida pelo país desde os anos de 1980. Sob esse direcionamento, há uma defesa das privatizações e do desmonte dos direitos conquistados na Constituição de 1988, principalmente no tocante à seguridade social, demonstrando assim um claro direcionamento em favor do mercado, enquanto a classe trabalhadora fica cada vez mais desprotegida. (MOTA et al., 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Podemos observar que as reformas previstas na Constituição de 1988, resultado da pressão dos movimentos sociais são substituídas, como nos apontam Behring e Boschetti (2011, p.149), por algo que pode ser entendido como uma contrarreforma, que subtrai do termo reforma o conteúdo social-democrático, “como se qualquer mudança significasse uma reforma,” anulando a possibilidade política de reformas mais abrangentes no país. A tendência acerca das políticas públicas nacionais, desde então, tem sido de restrição e redução de direitos e investimentos, sob a justificativa de crise fiscal.

A reforma, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, [...] Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política pública [...] acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. [...] mas as formulações de políticas sociais foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto [...] Daí decorre [...] privatização, focalização/seletividade e descentralização. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 155).

O processo de “contrarreforma” dos Estados se evidencia para o mundo a partir dos anos de 1970, como forma de enfrentamento a mais uma crise do

capitalismo. No Brasil este processo ocorre a partir dos anos 1990. Então, setor privado, cobiçando a saúde, passa exercer uma forte influência sobre o Estado na configuração das políticas de saúde, na busca de mercantilização e lucratividade nesta área.

Os interesses privatistas são amplamente defendidos por organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Essas organizações marcaram e ainda marcam presença em eventos importantes acerca de políticas de saúde, tencionando avanços e conquistas em torno da afirmação ou negação da saúde como direito, a exemplo da Conferência de Alma-Ata que insere os determinantes sociais do processo saúde-doença nas discussões sanitárias, questiona o modelo biomédico e caracteriza a saúde como direito humano fundamental.

Embora Alma-Ata traga avanços significativos, especialmente na defesa da atenção primária à saúde ampla, tais organismos internacionais trataram de questioná-la na Conferência de Bellagio<sup>10</sup>, de onde surgiram críticas às ideias defendidas na Declaração de Alma-Ata, consideradas “inviáveis”, apresentando a necessidade de formular outra proposta de APS, possível de ser implementada. (MELO, et al 2009).

Desse processo surge uma proposta de atenção à saúde seletiva, baseada num pacote básico de medidas através de políticas públicas focalizadas, em que o Estado tem a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar, entregando ao setor privado o atendimento daqueles com acesso ao mercado. As tensões entre as concepções de APS ampliada (Alma-Ata) e restrita (Bellagio) trilham um caminho lado a lado nos anos 1980 até 1990. Todavia, é a segunda concepção, aquela que articula o setor saúde ao mercado, defendida pelos organismos internacionais, que prevalece e se torna hegemônica no Brasil. (VASCONCELOS et al, 2017).

---

<sup>10</sup> Patrocinada pela Fundação Rockefeller, grandes agências internacionais como o Banco Mundial, a UNICEF, a Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, a Fundação Ford e o Centro de Pesquisa e desenvolvimento Internacional do Canadá, entre outros, se reuniram no ano de 1979, em Bellagio, na Itália, para um simpósio que teria grande repercussão nas discussões sobre a APS. Baseado nas preocupações do Banco Mundial, sobre o custo e abrangência das propostas da APS, foi apresentado o conceito de Atenção Primária “Seletiva”, fundamentalmente ancorado em análises de custo-eficácia. (MELO et al, 2009, p. 208).

A partir dos anos 2000, ocorre uma mudança no discurso por parte dos organismos internacionais em torno da APS. Agora baseado no social-liberalismo<sup>11</sup>, em virtude do agravamento da crise econômica, sob o qual a lucratividade do capital é reduzida, defende-se a combinação entre crescimento econômico e justiça social, combate a pobreza e solidariedade, com base em uma seguridade social financiada por contribuições privadas, associada a uma rede de benefícios mínimos financiado pelo público. (VASCONCELOS et al, 2017).

No Brasil, a partir dos anos 2000, apesar da expectativa em torno dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), acerca do direcionamento da política econômica, observamos que a essência dos modelos anteriores foi mantida, ou seja, o favorecimento do setor privado em detrimento do público, agora, porém, com uma particularidade, buscou-se reduzir a pobreza, sem o enfrentamento das desigualdades sociais, combinado ao acesso a bens de consumo, também conhecido como “neodesenvolvimentismo”. (MOTA, 2012 apud VASCONCELOS et al, 2017, p. 235).

Notamos também que as políticas sociais continuaram subordinadas aos ditames do mercado e a concepção de seguridade social instituída na Constituição de 1988 (saúde, educação e previdência) não recebeu o devido respeito e continuou sendo tratada de forma fragmentada. Na saúde, em especial, esperava-se que o projeto da Reforma Sanitária, enfraquecido nos anos de 1990, fosse de fato implementado, porém observamos a manutenção e disputa de dois projetos de saúde, o da Reforma Sanitária e o projeto de saúde ligado ao mercado (ou privatista), no qual as medidas governamentais adotadas, ora fortaleciam o primeiro, ora fortalecia o segundo.

Todavia, podemos identificar avanços como o retorno da concepção de reforma sanitária (RS), a escolha de profissionais que militaram no MRSB para ocupar cargos no Ministério da Saúde, a criação de algumas Secretarias como a de Gestão do Trabalho em Saúde, a de Atenção à Saúde e a de Gestão Participativa, mas também detectamos aspectos de continuidade como a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e, a

---

<sup>11</sup> Orientações de agências multilaterais que se colocam em pauta nacional, reafirmando a necessidade dos ajustes, ao mesmo tempo em que retificam a possibilidade – puramente ideológica – de aliá-los à promoção da igualdade social. (VASCONCELOS et al, 2017, p. 235).

mais decepcionante, a nosso ver, a falta de vontade política para viabilizar a seguridade social. (MOTA et al, 2008).

Após o golpe parlamentar, o impeachment consolidado em 16 de abril de 2016, no qual a presidente Dilma Rousseff foi impedida de continuar seu mandato – ascendendo ao posto Michel Temer, o então vice-presidente-, o Brasil vem vivenciando o retorno voraz do ajuste fiscal e a reduções de direitos sociais, numa proporção extremamente preocupante. As orientações das agências internacionais são direcionadas à defesa dos ajustes, aliados à promoção da igualdade social. Entretanto, esse posicionamento não passa de discurso, pois na prática, o que prevalece é o favorecimento do mercado diante da retirada dos direitos sociais e é exatamente esse direcionamento que vem sendo continuamente adotado. (VASCONCELOS et al, 2017).

Tal processo pode ser claramente identificado quando vemos o desmonte do SUS, em benefício do setor de saúde privado que se fortalece através de estratégias implementadas pelo Estado – ao facilitar e induzir a aquisição de serviços e procedimentos no setor privado, que deveria atuar de forma apenas complementar e não como o maior fornecedor de serviços auxiliares de diagnósticos e terapia ao sistema de saúde público. Estas iniciativas estatais fazem com que a margem de lucro das empresas no ramo da saúde cresça, enquanto o direito social à saúde é transformado em uma mera mercadoria.

Podemos citar também o aumento das Parcerias Público-Privadas (PPP) que, atribuindo as fragilidades do SUS a má administração, transfere a gestão dos serviços para a iniciativa privada, que passa a ter acesso direto ao fundo público. Temos também algumas medidas legislativas que acentuam o processo de desmonte do SUS, como a Lei nº 13.097/2015, que permite atuação do capital estrangeiro no setor saúde; a elevação de 20% para 30% da Desvinculação das Receitas da União (DRU)<sup>12</sup>, prorrogada até o ano de 2023 e expansão da mesma, para estados e municípios, através da Emenda Constitucional (EC) nº 93/ 2016, que permite a retirada de recursos das política sociais para o pagamento da dívida pública; a Lei nº 13.429/2016 que autoriza a terceirização para atividade-fim; a Lei nº

---

<sup>12</sup> Medida criada no ano de 1994, no governo de Fernando Henrique Cardoso, que permite que o governo aplique os recursos destinados à Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para pagamento de juros da dívida pública. (Portal do Senado Federal).

13.467/2014 (reforma trabalhista) modifica gravemente a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), no sentido da redução dos direitos conquistados e aumento da precarização do trabalho; e, como não podia faltar, a Emenda Constitucional 95, que estabelece um teto de gastos públicos por 20 anos, intensificando ainda mais o subfinanciamento do SUS, sem levar em consideração o envelhecimento populacional, a necessidade de incorporação de novas tecnologias, epidemias, o surgimento de novas doenças, o crescimento populacional, o aumento da demanda para o SUS em decorrência do desemprego, entre outras. (VASCONCELOS et al, 2017).

Um dos organismos internacionais que vem se destacando por sua influência na política de saúde brasileira é o BM, principalmente nos anos de 1990. A partir de 2002, com menor intensidade, ressurgindo vigorosamente em 2016 orientando a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Ao longo da história, como podemos observar, as recomendações dos organismos internacionais para o Brasil são seguidas, em maior ou menor grau, dependendo do direcionamento do projeto que cada governo esboça para o país. (VASCONCELOS et al 2017). Vale destacar ainda, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 156), que:

[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução dos direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais [...] em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo [...] a privatização, a focalização e a descentralização.

A partir de breves reflexões acerca do direito universal à saúde, Vasconcelos (2011) considera que os princípios que norteiam o SUS, assumidos e defendidos pela Constituição de 1988, ainda que ameaçados, se fazem presente na maioria dos serviços de saúde pública. Porém, as práticas sanitárias prevalentes no Brasil não acompanharam a tradução da concepção ampliada de saúde <sup>13</sup> posta na norma legal em 1988, de modo que o modelo médico hegemônico, contestado pela

---

<sup>13</sup> O conceito publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 7 de abril de 1948, reconhece que a saúde não se reduz a ausência de doença, mas sim um completo bem estar biopsicosocial. (SCLIAR, 2007).

Reforma Sanitária, tem hoje no SUS a principal via de sua expansão e institucionalização. Neste sentido,

[...] a superação da abordagem mecanicista da determinação da saúde e da doença implica a politização da prática, que resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde [...] é necessário levar em consideração os [...] interesses e prioridades dos usuários e não da focalização, que rompe com a proposta do Sistema Único. (VASCONCELOS, 2011, p. 80)

Podemos observar que os usuários dispõem do acesso universal aos serviços de saúde, mas não da qualidade nos serviços prestados, consequência do modelo médico hegemônico ainda vigente. A confusão entre direito universal e qualidade dos serviços, é utilizada com frequência para contestar o direito universal à saúde, em vez da contestação ao modelo médico hegemônico.

Desse modo, mais importante do que as reformas administrativas, referência a princípios e recursos, é a dedicação dos esforços no sentido político e cultural, ou seja, por mais que se invista em mudanças na estrutura do sistema de saúde, que se tenha um financiamento adequado, se não houver mudanças na compreensão política e cultural do significado real do direito universal à saúde, permaneceremos à mercê dos interesses do mercado, que visa apenas obter lucro e não melhorar as condições de saúde da população. (VASCONCELOS, 2011).

Essa confusão pode, segundo Paim (2009), levar à formação de diferentes concepções de SUS: “O SUS para pobres”, sob o qual prevalece uma medicina simplificada para gente simples, aquele que não pode pagar qualquer coisa serve; “o SUS real”, que reconhece o direito a saúde, mas no final das contas, cede aos interesses do mercado e acaba favorecendo o setor privado em detrimento do público; “o SUS formal”, aquele estabelecido na lei, porém distante da realidade dos serviços; e por último, “o SUS democrático”, o idealizado pela RSB com o objetivo de assegurar o direito à saúde para todo cidadão brasileiro, como também capaz de influenciar na determinação da saúde e da doença.

De acordo com Vasconcelos (2011), a maioria da população não defende um serviço público de saúde universal, segundo a Constituição Federal, não apenas pela baixa qualidade dos serviços públicos (descrédito do controle social, falta e/ou precariedade de recursos financeiros, humanos e materiais), mas principalmente

porque as pessoas não absorveram a noção de direito público à saúde, algo que vai além do acesso ao consumo de assistência médica.

A referida autora acrescenta também que para a eliminação da pobreza e da miséria, ampliação e universalização dos direitos sociais, o Brasil necessita, mais do que produzir riqueza, possuir a “vontade política para distribuir equitativamente a riqueza”. A garantia dos recursos para a saúde não depende da estabilização econômica, como é fortemente difundido nas mídias, mas da distribuição da riqueza, isso permitiria acesso ao consumo dos bens criados pelo conhecimento médico e científico, não se trata de “introduzir ética e humanidade no capitalismo”, mas da possibilidade de “materializar condições básicas para realização da saúde como um direito social e de sobrevivência.” (Idem, p. 83).

Atualmente, diante da contrarreforma do Estado, instalado com maior vigor a partir de 2016, a ESF é conduzida ao aprofundamento das limitações e contradições, fragilizando ainda mais a APS como também o próprio SUS. Neste sentido, medidas como o “SUS legal,” que elimina seis blocos de financiamento e os substitui por apenas dois, altera a forma de repasse dos recursos financeiros para estados e municípios, possibilitando assim, que os repasses destinados a APS sejam deslocados para as redes secundárias e terciárias; os “Planos de Saúde Acessíveis,” que desregulam as regras de cobertura, principalmente referente a redução do número de unidades assistenciais, restrição da oferta de responsabilidades médicas e menor abrangência territorial dos planos de saúde; e, a “nova PNAB,” a qual pode ameaçar a viabilização da APS pois, com uma regulamentação frágil, abre espaço para reducionismos, compromete os princípios de resolutividade e longitudinalidade da atenção, insere a possibilidade de retorno ao modelo de clínica tradicional, aceita a possibilidade de existência de equipes sem ACS ou até mesmo, a utilização destes em áreas onde não haja cobertura de equipes de saúde. (VASCONCELOS et al, 2017).

Ainda sobre a PNAB 2017, Giovanella (2018) coloca que o sucesso da expansão da AP do SUS e as mudanças alcançadas no modelo assistencial, é resultado da continuidade do financiamento ao modelo ESF. Entretanto, a recente reformulação da PNAB, rompe com essa prioridade, o que provavelmente repercutirá negativamente, podendo impactar a saúde da população. Com o fim de cinco blocos de custeio, (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e

hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS), resultado do processo de reformulação dos repasses financeiros para o SUS, a AP e a vigilância em saúde podem ter seus recursos atingidos diante da pressão dos outros níveis de atenção especializada e procedimentos de diagnose e terapia, na maioria das vezes, marcado pela considerável participação do componente privado.

É importante destacar que, além dos perigos, iminentes, resultado da reformulação da PNAB de 2017 acerca do financiamento, temos a Emenda Constitucional nº 95/2016, que provocará perda de recursos para o SUS, agravando ainda mais o seu subfinanciamento. Neste sentido, “a indução financeira federal é mecanismo fundamental para redução da heterogeneidade e desigualdades regionais e sociais, e para a promoção da equidade” (GIOVANELLA, 2018, p. 03).

No atual governo, de Jair Messias Bolsonaro, o MS, por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, onde estabelece um novo modelo de financiamento e custeio do SUS que fragiliza ainda mais a APS especialmente a ESF. Nela os recursos financeiros federais, repassados aos municípios, serão baseados no cadastro dos usuários cobertos pelas equipes de saúde, ou seja, se o cidadão, por qualquer razão não estiver no sistema do SUS não será contabilizado no cálculo, fato que pode reduzir o repasse aos municípios. O financiamento federal, como dito anteriormente, é vital para manutenção das equipes Saúde da Família, como também para redução das desigualdades e promoção da equidade.

A referida medida afeta diretamente o Núcleo Ampliado de Saúde da Família<sup>14</sup> (NASF- AB), que não foi citado em nenhuma das formas de financiamento do novo programa. Este fato foi confirmado na Nota Técnica N° 3/2020, do Departamento de Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Como já foi anteriormente mencionado, o NASF foi criado com o objetivo de fortalecer, ampliar e qualificar a atuação da ESF e sem um financiamento específico ficará a critério dos municípios, que provavelmente não terão condições orçamentárias de mantê-lo sem o apoio federal, fato que pode levar à eliminação do mesmo. Tal iniciativa demonstra um grave retrocesso para o fortalecimento e expansão da APS no Brasil, como também para atuação do Serviço Social neste nível de atenção, já que ele só está previsto, oficialmente, na equipe do NASF, e

---

<sup>14</sup> A partir da PNAB de 2017 o NASF passou a ser chamado Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB).

opcional, nas equipes de saúde da família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; CNS, 2019; CARTA DOS TRABALHADORES DO NASF, 2019).

A ação conjunta de todas essas medidas, resultantes do *modus operandi* do capital, afeta diretamente a APS e, conseqüentemente, a ESF em todo o país, pois tendem a desvirtuar a verdadeira concepção da “Atenção Básica (AB)”, defendida pelo MRSB que, forjada nos princípios do SUS, deve estar voltada para a saúde como um direito e justiça social.

Desse modo, o trabalho do assistente social na atenção primária, se faz de suma importância, pois ele é um profissional capacitado teórica e metodologicamente para atuar, entre muitas coisas, na defesa intransigente do direito do trabalhador, assim como atuar na organização política em defesa dos direitos sociais.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Para discutir a importância do (a) assistente social na APS é fundamental situar como se deu o início desta atuação profissional na área da saúde e quais foram os determinantes sociais, políticos e econômicos que influenciaram a conformação de tal inserção.

Na década de 1930, diante da crise econômica, política e social que dá visibilidade à Questão Social no país, o Estado brasileiro se viu na obrigação de intervir, de forma política/sistemática, no enfrentamento das expressões desta. É neste contexto que surgem as primeiras formulações de políticas sociais em nível nacional, dentre as quais destacamos a de saúde, organizada em dois “subsetores,” o de saúde pública, predominante até meados dos anos de 1960 e caracterizado pela ênfase nas campanhas sanitárias de combate a endemias e epidemias em áreas consideradas de risco; e o setor da medicina previdenciária, marcado pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de orientação contencionista, marcado pela redução na oferta de serviços prestados, diante do rápido crescimento dos assalariados urbanos. (BRAVO, 2009).

De início, a inserção da profissão de Serviço Social na área da saúde brasileira não concentrava um número muito significativo de profissionais, isso só vai acontecer, segundo Bravo (2009), a partir de 1945 quando, diante das necessidades produzidas pelo aprofundamento do capitalismo no país e das mudanças produzidas pelo fim da Segunda Guerra Mundial, a ação profissional na saúde se expande e passa a absorver e concentrar maior número de assistentes sociais.

Vale acrescentar que, dentre as práticas desenvolvidas pelo empresariado nesse período, existem dois elementos que tem relação direta com a implantação e desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. O primeiro se refere às instituições, requisitadas pelo empresariado, que tivessem por meta produzir trabalhadores, física e psiquicamente, integrados ao trabalho fabril através de uma ação externa, dedicada a complementar a coerção existente no interior das empresas, tratava-se de “elevar o proletariado a uma [...] racionalidade de comportamento ajustada à interiorização da ordem capitalista industrial” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013, p. 146). É nesta perspectiva que os assistentes sociais são contratados para atuar no mercado de trabalho, que passa a se estruturar no país.

O segundo elemento diz respeito ao conteúdo conflitante da política assistencial desenvolvida pelo empresariado no espaço da empresa. Se durante a primeira República a repressão era o meio mais eficiente para adesão e dominação da força de trabalho aos mecanismos econômicos, depois dos grandes movimentos sociais do pós-guerra, verifica-se um rápido desenvolvimento de uma política assistencialista, baseada no entendimento de que vale tudo para retirar o máximo de proveito da força de trabalho e garantir a lucratividade, seja por meio da força, seja pela implantação de mecanismos assistenciais dentro das empresas, as quais forneciam uma série de serviços sociais, como a assistência médica, a qual era paga pelo próprio usuário por um baixo custo. Tais serviços sociais também foram, em grande parte, viabilizados por assistentes sociais. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2013).

A consolidação do mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais, resultantes das alterações implantadas pelo “ciclo autocrático burguês” não nasce apenas da reorganização do Estado, mas também das grandes e médias empresas. Ressaltamos que essa abertura não se dá apenas pelo “crescimento industrial, mas determinado, também, pelo pano de fundo sociopolítico em que ocorre e que se instauram necessidades peculiares de vigilância e controle da força de trabalho no território da produção”. (NETTO, 2011, p. 121 - 122).

O referido autor acrescenta que associado às modificações no espaço estatal e a solidificação do mercado de trabalho para o assistente social, acontece, em virtude do “fenômeno de pauperização relativa [...] de amplos setores da população”, a demanda de organizações de filantropia privada, patrocinadas por igrejas como a Católica, a requisitar o “curso de profissionais” (NETTO, 2011, p. 122). Neste sentido, tal mercado de trabalho “colocou para o Serviço Social um novo padrão de exigências para o seu desempenho profissional” (Ibidem, p. 123), seja no âmbito estatal ou privado.

Nesse sentido, a consolidação da Política Nacional de Saúde, aliada aos interesses do empresariado, ao elevar os gastos com a assistência médica através da previdência social, de caráter seletivo, gera uma contradição entre o trabalhador e a instituição prestadora dos serviços, fazendo com que o assistente social seja requisitado para intermediar tal situação, principalmente em hospitais e

ambulatórios, no sentido de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios previdenciários.

A medicina previdenciária, apesar de seu crescimento gradativo, só consegue superar a saúde pública a partir de 1966, quando o Regime Militar, a serviço dos interesses privados, passa a privilegiar o referido setor em detrimento do público. A partir de 1974, sem êxito, o mencionado regime vive uma tensão constante entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a gênese do movimento sanitário.

No decorrer da década de 1960, surgem no âmbito do Serviço Social, questionamentos baseados nas aproximações críticas às reflexões promovidas nas ciências humanas e sociais, acerca do conservadorismo presente na profissão, porém tal processo de revisão foi paralisada em 1964 pelo golpe Militar e retomado no final dos anos de 1970. Então, diante do contexto sócio-político da época, o Estado passa a intervir através da repressão e da assistência, burocratizando e modernizando os serviços prestados no intuito de controlar a sociedade, reduzir as tensões e legitimar o regime. (BRAVO et al, 2009).

A modernização implantada no país pelo Regime Militar exigiu do Serviço Social uma renovação no sentido de atender as novas demandas subordinadas à “racionalidade burocrática”. É daí que surge uma nova perspectiva para a profissão, a “modernizadora,” que não buscava questionar a ordem, mas sim adequar-se às exigências sociopolíticas da época, de acordo com o modelo teórico e metodológico, agora baseado no “estrutural-funcionalismo norte-americano”.

A racionalidade burocrático-administrativa com que a “modernização conservadora” rebateu nos espaços institucionais do exercício profissional passou a requisitar do assistente social uma postura ela mesma “moderna”, no sentido da compatibilização do seu desempenho com as normas, fluxos, rotinas e finalidades dimanantes daquela racionalidade. (NETTO, 2011, p. 123).

Para produzir esses profissionais “modernos”, foi necessário uma “refuncionalização das agências de formação” (pública e privada), dos assistentes sociais, no sentido de romper definitivamente com que Netto (2011, p. 124) chamou de “confessionalismo, paroquialismo e o provincianismo”, que historicamente marcaram a gênese do Serviço Social.

Nessa conjuntura, a atuação do Serviço Social se dava majoritariamente nos níveis secundários e terciários dos serviços de saúde, como uma profissão auxiliar

da ação médica. Um fator que influenciou a ampliação profissional na área da saúde foi a divulgação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), do conceito ampliado de saúde, que ao enfatizar os aspectos biopsicossociais no processo saúde-doença, abre espaço para que outros profissionais possam atuar na área, entre os quais o assistente social. (BRAVO, 2009; VASCONCELOS; SCHMALLER, 2013).

Até os anos de 1960 o Serviço Social na saúde é influenciado pela concepção modernizadora, no sentido de alterar a forma de atuação, sem questionar à ordem vigente, passando a concentrar suas ações na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, onde “foram enfatizados as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO, 2009, p. 31) mantendo assim a ordem e minimizando os conflitos entre usuários e instituições.

Paralelo ao MRS, que acontecia no país no final dos anos de 1970, ocorria no Serviço Social brasileiro um movimento de mudança que buscava ampliar o debate teórico pautado na teoria social crítica, fato que gerou uma intensa disputa pela direção que seria dada à profissão na década seguinte. O processo de renovação do Serviço Social, na perspectivada intenção de ruptura com o conservadorismo, como ficou conhecido, está diretamente ligado aos acontecimentos sociais, políticos e econômicos da época. Todavia, como esse movimento se tratou de uma revisão interna, não conseguiu se conectar devidamente ao MRSB, como também, não conseguiu efetuar grandes mudanças na intervenção, pois os profissionais dessa vertente estavam concentrados, em sua maioria, nas universidades, desligados daqueles que estavam no exercício profissional. Apesar dos avanços na área da saúde pública e do novo direcionamento do Serviço Social, a profissão chega aos anos de 1990, ainda desconectado do MRSB e com traços conservadores. (BRAVO, 2009).

No período anterior ao SUS, em que prevalecia o modelo médico-privatista, centrado na atuação médica, na doença e na produção de procedimentos, o social, parte fundamental do processo saúde-doença, era apenas referenciado, e o assistente social era requisitado para atuar junto, aqueles, que não tinham a quem recorrer para solucionar seus problemas de saúde. Com a Constituição Federal de 1988, que reafirma a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, pautada no ideário social democrático e no conceito ampliado de saúde apresentado pelo

MRS, isso começa a mudar, e a Política Nacional de Saúde é alterada a partir da implementação do SUS.

Diante da nova forma de pensar e organizar os serviços e práticas de saúde, relacionadas à efetivação do SUS, surge à possibilidade, principalmente para o Serviço Social, de trabalhar com educação em saúde, mobilização social, gestão e assessoria. (SOARES, 2010).

É exatamente no contexto de reorganização do sistema de saúde, em que se dá a expansão da APS, que se insere o Serviço Social neste nível de atenção à saúde, como uma possibilidade de desenvolver junto à classe trabalhadora, em seu cotidiano profissional, o fortalecimento da democracia, liberdade e a justiça social, dado o direcionamento ético-político e teórico-metodológico da profissão. (RIBEIRO et al, 2005).

No entanto, sabemos que a PNAB não preconiza o assistente social na equipe multiprofissional da ESF. Porém, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, outros profissionais podem ser incorporados às referidas equipes. Assim, o assistente social, reconhecido como profissional da saúde, é incorporado em algumas equipes da ESF no país. Tal iniciativa acontece motivada pelo entendimento de que a troca de saberes entre assistente social e os dos demais profissionais de saúde pode construir e desenvolver um trabalho conjunto e estratégico voltado para o fortalecimento das diretrizes e princípios do SUS. (RIBEIRO et al, 2005).

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2010), o assistente social é um profissional que conta com ferramentas que o habilitam para trabalhar em todas as dimensões da área da saúde: prestação de serviços diretos à população, planejamento, assessoria, gestão e mobilização e participação social. Assim, sua inserção na Atenção Primária é uma realidade louvável e inovadora de alguns municípios brasileiros. Esta iniciativa merece ser fortalecida e ampliada, principalmente nos dias atuais em que as políticas sociais estão sofrendo ataques mortais em todos os níveis de governo.

O CFESS (2010) considera que para o assistente social atuar competente e criticamente no âmbito da saúde, ele deve:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;

- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...];
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a interdisciplinaridade [...];
- tentar construir e /ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantem a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 30 - 31).

Por essa e outras razões, a atuação profissional do assistente social deve direcionar-se ao acesso, defesa, manutenção e ampliação dos direitos sociais, de acordo com seu Código de Ética e com os princípios do Projeto Ético Político Profissional (PEP), como nos orienta o CFESS:

[...] cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, entendendo que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária. (CFESS, 2019, p. 29-30).

É importante destacar também, que apesar de todas as reivindicações e propostas do MRSB, dos avanços legais e da Seguridade Social, definidos na CF de 1988, todas essas conquistas acabaram, a partir de 1990, sendo abortadas diante do contexto socioeconômico, sob o qual os direitos sociais previstos legalmente na Carta Magna foram e continuam sendo postos em cheque, em nome de ajustes fiscais e monetários.

Essa nova conjuntura socioeconômica e política gera um processo de resignificação do Serviço Social no setor saúde, relacionado à lógica da contrarreforma que passa a mover as políticas sociais. Porém, é necessário ressaltar que a atribuição referente à orientação acerca dos direitos sociais deve sempre perpassar todas as atividades desenvolvidas pelo referido profissional. (RIBEIRO et al, 2005).

Nesse sentido, o CFESS (2010, p. 23) nos adverte que a nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversificadas esferas: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.

Os desdobramentos, resultantes do processo de contrarreforma do Estado, orientado pela racionalidade neoliberal, afetam as práticas sociais na área da saúde pública, portanto também o Serviço Social, pois o referido processo adiciona, segundo Soares (2010), novos elementos e instrumentos de gestão nas unidades de saúde, que reavivam práticas não superadas e reproduz um modelo de saúde assistencial, curativo e individualista.

[...] a preponderante emergencialização da prática do assistente social tem sua razão tanto nas expressões da desigualdade social e na incapacidade da política social para seu enfrentamento, quanto nas tendências particulares da política de saúde, que se insere, nesse modelo de desenvolvimento cujos dividendos seguem prioritariamente para os grupos dominantes, sem perspectiva de reversão do grande fosso entre ricos e pobres. (SOARES, 2010, p. 22).

Vasconcelos e Schmaller (2013) destacam que o fato de a política nacional de saúde não formalizar a inserção do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde, o mantém numa posição historicamente determinada e predominante, que é a atuação nos níveis secundários e terciários do setor saúde.

O fazer profissional do assistente social, trabalhador assalariado no âmbito das políticas públicas é complexo, pois ele é chamado para intermediar a relação entre as necessidades dos cidadãos e a ausência do Estado, dar respostas qualificadas para o atendimento de tais necessidades, associado ao fato de que esse mesmo Estado é um dos seus principais empregadores. Trata-se de uma relação profissional com intenso grau de desgaste para os assistentes sociais, ao mesmo tempo em que ela expressa diversas dimensões da chamada questão social.

Iamamoto (2009) ao tratar das condições de trabalho dessa categoria profissional, afirma:

A mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do

trabalho e à implementação do projeto profissional. (IAMAMOTO, 2009, p. 08)

Diariamente os assistentes sociais precisam estar atentos para não cair no imediatismo ou no pragmatismo que cercam os espaços de trabalho onde, subordinados à lógica produtivista, são requisitados a dar respostas imediatas em detrimento da qualidade dos serviços prestados. Ao desempenhar suas funções, o profissional não pode perder de vista o seu Código de Ética e o seu projeto profissional, para que assim possa contribuir para a defesa intransigente dos direitos humanos, mesmo enfrentando obstáculos impostos pelo sistema.

É possível afirmar que, apesar de uma conjuntura tão adversa, o profissional de serviço social é fundamental, na medida em que possibilite encaminhamentos que visem fortalecer a noção de direito de cidadania, coerente com os princípios éticos da profissão e do SUS.

### 3.1 AS CONTRIBUIÇÕES E OS DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como vimos anteriormente, o MRSB buscou redesenhar o modelo do sistema de saúde brasileiro requisitando, entre outras coisas, uma intervenção profissional mediada por ações coletivas e individuais, capazes de responder às exigências postas pela dinâmica da realidade social. Esse direcionamento foi incorporado pela Constituição Federal de 1988, através da implementação do SUS em 1990.

A partir do SUS a Política de Saúde reconhece a importância da interdisciplinaridade<sup>15</sup> no exercício profissional, no sentido de superar o modelo de atenção centrado na atuação médica e na doença, e passa a incorporar um ideário que busca garantir uma abordagem integral no processo saúde-doença requisitando assim, um profissional com um novo perfil para atuar num modelo democrático de

---

<sup>15</sup> Elabora-se [...] “contra o saber fragmentado diante de uma realidade que é global e multidimensional. [...] Essa interconexão de saberes se realiza com a intenção de desvendar melhores métodos para planejar, tomar decisões e guiar a ação, no sentido de adquirir e fornecer informações novas, bem como diversificando as maneiras de se alcançar um objetivo, ampliando as perspectivas de resolver problemas sociais concretos”. (JAPIASSU, 1976 apud SILVA; LIMA, 2012, p. 117 - 118).

atenção, baseado na promoção, prevenção e proteção da saúde, já que historicamente, a Política de Saúde brasileira é marcada pela centralização das ações na esfera federal e por uma medicina curativa, os quais dificultavam o atendimento das necessidades da população.

Desse modo, refletir sobre a explicação biomédica da doença e avançar para uma interpretação social do processo saúde-doença, torna-se uma necessidade, pois a problemática de saúde deixa de ser vista como mera ausência de doença e passa ser compreendida como um fenômeno coletivo, no qual o assistente social pode contribuir para este fim, especialmente no eixo da promoção da saúde, onde atenção à saúde deve ser organizada no sentido de incluir, além das ações e serviços que agem sobre os efeitos (doença, incapacidade e morte), as causas dos mesmos (condições de vida, trabalho e lazer). Vale destacar que as estratégias de promoção da saúde requisita uma abordagem direcionada para o controle social, de modo que o Serviço Social pode contribuir para fomentar a participação de usuários na perspectiva da formação para cidadania e participação, assim como para a intersetorialidade, na qual o assistente social tem a possibilidade de atuar no sentido de construir uma articulação entre os variados setores ou políticas sociais.

Outra importante contribuição do Serviço Social é a educação em saúde, processo educativo pautado no diálogo entre o saber científico e o popular, e na relação entre profissionais, usuários e organizações sociais. (VASCONCELOS, et al. 2009).

Como já mencionado anteriormente, a inserção do assistente social no âmbito da saúde se dá majoritariamente nos níveis secundários e terciários do sistema. Sua participação na APS vem sendo construída no país desde os anos de 1990, principalmente depois da criação da ESF, a qual possibilita que gestores municipais progressistas, por meio de iniciativas políticas, acrescentem o assistente social à equipe mínima. Apesar da inovação, tal iniciativa não se torna uma determinação ministerial, cabendo a cada município, a inclusão, ou não, do assistente social nas Equipes Saúde da Família (EqSF).

Apesar do assistente social não fazer, oficialmente, parte da equipe básica de saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde, ele é um profissional articulado à lógica da ESF, pois busca privilegiar as ações coletivas sem prejudicar as individuais, assim como facilitar a universalização e a ampliação dos direitos sociais,

otimizando os espaços coletivos. (VASCONCELOS et al, 2009). Isso é possível porque a formação em Serviço Social objetiva um profissional com perfil generalista, dedicado a interpretação crítica da realidade, além de contar com a interdisciplinaridade em seu projeto de formação.

Vale destacar que mesmo não fazendo, formalmente, parte da equipe, o assistente social pode atuar na ESF, de diferentes formas, seja na supervisão e coordenação das ações, seja na atenção aos grupos populacionais, a exemplo dos projetos de extensão das Universidades, campos de estágio, supervisão acadêmica, e especialização profissional, como nos aponta Vasconcelos et al, (2009).

Com a criação do NASF, em 2008, tal configuração começa a mudar, pois o assistente social passa a compor, oficialmente, a equipe que atua neste nível de atenção, medida esta que amplia o campo de atuação do Serviço Social na APS brasileira. (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2013).

Seguindo o direcionamento democrático da interdisciplinaridade, com a criação e regulamentação do NASF, a participação do assistente social na APS foi ampliada, já que o NASF também faz parte deste nível de cuidado. De acordo com o Ministério da Saúde (2014, p. 17), os NASFs são:

equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas, [...] compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Porém, compete a gestão municipal a composição da equipe do NASF, respeitando as determinações das Portarias nº 154/2008 e a de nº 3.124/2012, bem como as necessidades locais e as diretrizes da APS. A inserção de assistentes sociais só é prevista nas modalidades de NASF 1 e 2.

A participação do assistente social no processo de construção e desenvolvimento do SUS se deu no sentido de fortalecer a universalização do acesso aos programas e políticas sociais e, a partir de então, a profissão vem produzindo conhecimentos e alternativas, baseada no movimento da realidade, para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, gerando um processo de expansão do trabalho na área da saúde pública. Em decorrência da sua inserção

nas políticas e programas no âmbito da saúde, desde sua gênese, o assistente social passa a ser reconhecido, pelo CNS através da Resolução de nº 218 de 03 de março de 1997, como profissional da área da saúde.

Essa relação do Serviço Social com a saúde faz parte do processo de construção da sua identidade profissional, que por se dedicar à defesa da saúde como direito social torna-se, numa perspectiva interdisciplinar, uma profissão necessária, pois considerando seu aporte teórico e seu direcionamento sócio-político, pode contribuir para que a equipe de saúde, especialmente da ESF, desenvolva ações e desempenhe atividades que considerem as necessidades da população.

Sarreta e Bertani (2011, p. 50) acrescentam ainda que:

[...] o assistente social insere-se no processo de trabalho da saúde atuando na construção de estratégias que busquem criar experiências e aproximar as ações desenvolvidas no SUS com as demais políticas sociais. O desenvolvimento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania. Ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença.

Nesse sentido, a partir do entendimento de interdisciplinaridade, que visa abordar o indivíduo e a comunidade de forma ampla, levando em conta os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, que envolve o processo saúde-doença, a territorialização, o planejamento participativo e o fortalecimento do controle social, a inserção do assistente social na APS mostra-se cada vez mais pertinente e necessária, pois tende a convergir com os princípios do SUS, os quais têm relação direta com o Projeto Ético-político da profissão. Segundo Martini e Dal Prá (2018, p. 127),

O assistente social inserido na APS, por meio do NASF, respaldado pelos princípios do seu Projeto Ético-Político e da Reforma Sanitária, tem subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da *universalidade de acesso*, segundo a qual todos devem receber atendimento, independentemente de raça, classe social, religião, etc.; e da *integralidade da assistência*, que preconiza que seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social do usuário, visando, com isso, a um atendimento articulado e contínuo das ações e serviços de saúde.

Assim, o assistente social no NASF é cotidianamente convocado a atuar no sentido de promover articulações intersetoriais, formação de redes sociais e educação e mobilização em saúde. Ao valorizar a interdisciplinaridade na atuação profissional, no intuito de garantir atenção integral às necessidades dos usuários e ao desenvolver variadas ações e atividades na área da saúde, o Serviço Social contribui com o acesso da população ao SUS, visto como um direito social, conquistado por meio da organização e luta dos movimentos sociais, envolvidos pelo desejo e necessidade de construir um sistema de saúde democrático que pudesse promover a inclusão social e até mesmo reduzir as desigualdades sociais. (SARRETA; BERTANI, 2011).

Com base no exposto, podemos constatar que o assistente social dispõe de atribuições específicas, que na área da saúde ressaltam a perspectiva interdisciplinar voltada à atenção integral, somada a ações entre setores e comunidades que se aproximam do cotidiano da população e ampliam o conhecimento da realidade local e regional. As contribuições que o esse profissional pode oferecer no trabalho em equipe, podem favorecer o entendimento da saúde como um direito.

O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. (CFESS, 1990 p. 02).

Seja na saúde ou em qualquer outra área de atuação, o seu fazer profissional deve sempre estar pautada no Código de Ética da Profissão, devendo atuar de modo a compreender e decifrar a realidade em sua totalidade, identificando os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, no sentido de viabilizar, entre outras coisas, o acesso às políticas públicas, como também defender os direitos sociais.

Como atribuições dos profissionais de Serviço Social que atuam na ESF, podemos mencionar as que foram definidas em Campina Grande-PB, cidade pioneira no Brasil na inserção do assistente social na ESF. Tendo como referência as diretrizes do SUS e da ESF, o Código de Ética do Serviço Social de 1993, a Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão, como também as experiências até então

desenvolvidas por assistentes sociais inseridos na ESF, foram construídas, coletivamente, as seguintes atribuições:

- a) encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e cesso aos direitos de cidadania;
- b) prestar assessoria a grupos entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- c) desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade;
- d) identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;
- e) identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- f) contribuir para a capacitação e formação de conselheiros de saúde e de outros sujeitos sociais;
- g) discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- h) elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Saúde da Família;
- i) realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família;
- j) emitir laudos pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social;
- k) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise e para subsidiar as ações do PSF;
- l) acompanhar, na qualidade de supervisor de campo, estagiários de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e
- m) sistematizar e divulgar as experiências do profissional do Serviço Social no PSF (RIBEIRO et al; 2005, p. 250 a 251).

Segundo Ribeiro et al (2005, p. 251), mesmo contando com a definição de suas atribuições, os assistentes sociais ainda tinham o desafio de “construir/legitimar o espaço de um novo profissional em um processo de trabalho que já estava organizado”. As autoras acrescentam que a “orientação, acerca dos direitos sociais vai perpassar todas as atividades” desenvolvidas pelos assistentes sociais na ESF, seja nos atendimentos individuais, nos encaminhamentos, nas visitas domiciliares, ou nas atividades educativas.

Assim, por mais que o assistente social seja capacitado para atuar na ESF, ele não está entre os profissionais determinados pela política da saúde para atuar na mesma, isso fica a critério dos municípios e, diante do avanço da orientação neoliberal sobre a conduta do Estado, é um verdadeiro desafio, tanto para fortalecer e legitimar este espaço de trabalho, quanto para desempenhá-lo de forma eficiente.

O profissional se depara, cotidianamente, com a desconstrução do direito adquirido, a precarização do trabalho, bem como o aumento das expressões da Questão Social diante de um Estado cada dia mais mínimo.

Nesse sentido, apesar da nossa Constituição adotar formalmente o modelo da reforma sanitária (sanitarista) para nortear o SUS, notamos que desde os anos de 1990, o modelo biomédico ou privatista vem tomando espaço, em decorrência do avanço do capital que interfere, principalmente através do Estado, nas condições de vida e saúde da classe trabalhadora, ampliando e intensificando as múltiplas expressões da questão social, as quais são identificadas com maior nitidez no cotidiano dos indivíduos e das comunidades, âmbito no qual se desenvolve o trabalho do assistente social na APS.

Na prática, esse processo de reforma do Estado afetou a população e ocasionou grandes consequências, como: privatização das estatais, redução do papel do Estado, saneamento da dívida pública, desregulamentação do mercado de trabalho e minimização das políticas sociais através de cortes nos gastos sociais. Com isso, o atendimento dos serviços públicos, que era de responsabilidade do Estado, passou a ser visto como uma forma de acumulação para os capitalistas. (CAVALCANTE; PREDES, 2010, p. 11).

Desse modo, a flexibilização e a precarização das relações de trabalho no serviço público, fazem parte do cotidiano de trabalho do assistente social como funcionário público, pois ele está submetido ao processo de redução do Estado, ao mesmo tempo em que precisa lutar contra a negação de direitos, conduzida pelo ideário neoliberal.

Ressaltamos que mesmo o Serviço Social sendo uma profissão regulamentada como liberal, predominantemente o assistente social exerce seu trabalho de forma assalariada, fato que o leva a vivenciar os mesmos desafios e dilemas impostos aos demais trabalhadores usuários de seus serviços. Sabemos também, que o maior mercado de trabalho pra o assistente social, no Brasil, é a esfera estatal. Então, considerando que a política econômica, a política social e o mercado de trabalho profissional estão intimamente interligados, compreendemos que a política social está subordinada a política econômica, que por sua vez afeta a qualidade dos serviços públicos oferecidos à população, como também reflete nas condições de trabalho de profissionais que atuam na área social, como os assistentes sociais. Em outras palavras, o trabalho do assistente social está

precarizado, dentre outros elementos, em virtude das precárias políticas sociais, com as quais atua diretamente, assim como pelo seu vínculo empregatício, como assalariado que também sofre os efeitos da precarização do trabalho. (CAVALCANTE; PREDES, 2010).

Diante do significado sócio-histórico da profissão (especialização do trabalho coletivo, fomentada pela intensificação das contradições capitalista) e dos determinantes da precarização, da privatização e da emergencialização das ações da saúde, acreditamos que um dos principais desafios impostos aos assistentes sociais inseridos na atenção primária, bem como na própria política de saúde brasileira, como um todo, está ligado à defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, conseqüentemente, do SUS.

Consideramos que o referencial teórico-metodológico e ético-político, que constituem a direção social da profissão, possibilita a compreensão da realidade social capitalista como totalidade, marcada pela contradição, assim como da própria profissão como trabalho assalariado, para que a partir deste entendimento brote a possibilidade de defesa de um projeto profissional que nega a mercantilização das relações sociais, e busca construir alternativas para a superação de qualquer forma de exploração.

Assim, entendemos que é extremamente necessário, e ao mesmo tempo desafiador, dado o contexto de avanço do capital, estreitar a relação do projeto profissional com o da reforma sanitária, uma vez que isso implica no fortalecimento do direito social, base de sustentação de ambos os projetos. (SANTOS; SERPA, 2017).

O enfrentamento das múltiplas expressões da questão social que são intensificadas pelo avanço do capital, geradora do empobrecimento da população, da precarização e redução das políticas públicas em todo país, é um grande desafio para o assistente social na atenção primária, assim como em todas as áreas em que atua. Neste sentido, muitos obstáculos encontrados pelo (a) assistente social na atenção primária, especialmente na ESF, estão relacionados com as transformações causadas pelo avanço do capital sobre a política de saúde, que geram a redução e/ou precarização dos direitos sociais, materializado em respostas frágeis e insatisfatórias dadas por instituições responsáveis pela viabilização de direitos sociais.

Essa fragilidade nas respostas, também está presente nas ações intersetoriais, pois não existe uma “política articulada entre os vários setores da gestão”, o que na grande maioria das vezes, acaba promovendo o isolamento de equipes, comprometendo o trabalho na atenção primária, já que a mesma necessita de ação intersetorial para lidar, qualificadamente, com as requisições apresentadas pela população. As estratégias de ajustes econômicos vêm cada dia mais desmontando a política de saúde brasileira, e isso impede a concretização do SUS, produzindo consequências que dificultam a reestruturação da APS e o trabalho das Equipes Saúde da Família (EqSF).

No que se refere ao trabalho do assistente social, ao desempenhar criticamente suas atribuições na ESF, deparando-se cotidianamente com obstáculos que dificultam e/ou impedem que o direito à saúde seja concretizado, pode ocorrer um misto de sensações como a de impotência, frustração ou revolta, potencializando assim, as chances de desencadear um processo de adoecimento no profissional.

Outros desafios que se evidenciam neste nível de atenção, resultantes dos ajustes fiscais, comandado pelos interesses do mercado, que repercute no trabalho do assistente social na ESF, refere-se à ineficácia do sistema de referência e contra referência; má qualidade no atendimento seja pelo despreparo de determinados profissionais ou pela baixa qualidade de alguns serviços; falta de medicamentos e insumos; condições físicas inadequadas das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs); sobrecarga de equipes e usuários sob sua responsabilidade, muitas vezes estas equipes estão localizadas em bairros diferentes, o que possivelmente pode tornar o seu dia-a-dia cansativo e tumultuado, interferindo na qualidade das atividades desenvolvidas, bem como na condição de saúde do profissional.

Outro aspecto que merece ser apontado refere-se a atividades realizadas por certos políticos, que fragilizam trabalhos desenvolvidos acerca da compreensão do direito social, bem como o fortalecimento do controle social. Muitas vezes tais ações são desenvolvidas com apoio de lideranças locais, que além de despolitizar o direito à saúde, utilizam os programas de saúde e de assistência social como moeda de troca, principalmente em períodos eleitorais. (RIBEIRO et al, 2005).

O fazer profissional do assistente social como trabalhador assalariado no âmbito das políticas públicas, principalmente na atenção primária à saúde, é desafiador, pois se trata de uma situação complexa, já que ele é chamado a

intermediar a relação entre as necessidades dos cidadãos e a ausência do Estado, em dar respostas qualificadas para o atendimento de tais necessidades. Trata-se de uma relação profissional com intenso grau de desgaste para os assistentes sociais, ao mesmo tempo em que ela expressa diversas dimensões da chamada questão social.

Santos e Serpa (2017) afirmam como desafio para os assistentes sociais manterem-se articulados, permanentemente, com as entidades político-organizativas em defesa da saúde pública, universal e de qualidade, bem como na luta contra a Emenda Constitucional nº 95, que congela os investimentos do governo na área da saúde e educação e contra a já aprovada reforma trabalhista, que marca o início do fim da proteção social do trabalho, bem como o combate a reforma da previdência social brasileira que impedirá muitos trabalhadores de acessar a aposentadoria.

Nesse sentido, Iamamoto (2009, p. 09) assinala que mais “um desafio é romper as unilateralidades presentes nas leituras do trabalho do assistente social com vieses ora fatalistas, ora messiânicas, tal como se constata no cotidiano profissional”.

Neste sentido, o profissional inserido em espaços de trabalho subordinado a lógica produtivista precisa estar atento ao fato de que, mesmo enfrentando obstáculos impostos pelo sistema,

Simultaneamente, o assistente social tem como base social de sua relativa autonomia – e com ela a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores – o próprio caráter contraditório das relações sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 14)

O exercício da relativa autonomia de que trata a autora supramencionada, constitui-se em mais uma provocação cotidiana para os assistentes sociais que procuram manter-se sintonizados com os princípios do Projeto Ético Político-Profissional. Muitos, em razão das condições efetivas de trabalho, são levados a assumirem funções de caráter meramente burocrático, porém buscando através destas funções, se aproximarem das demandas dos usuários é possível, a partir daí, “tentar” encaminhar respostas profissionais que possam ir além da burocratização das ações.

Entendemos que para combater o imediatismo e o tecnicismo, dentro e fora dos limites estruturais impostos pelo capital, é necessário suspender o cotidiano

institucional e recorrer aos espaços de formação profissional para a realimentação teórico-crítica. Além disto, não basta apenas compreender a relação entre a crise do capital com a atual configuração do mercado de trabalho profissional, é necessário enfrentar a ofensiva do capital articulando ações coletivas de resistência.

É importante também entender que a teoria não se distancia da prática. Ao contrário, estão ambas relacionadas e em unidade, uma dando suporte à outra, cumprindo as funções de desvendamento do real e de orientação das ações dos sujeitos, individuais ou coletivos, sobre o desenvolvimento da realidade. Este tipo de apreensão ajuda a pensar na contribuição que a profissão pode dar à construção histórica de uma sociedade emancipada e igualitária.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública brasileira teve importantes avanços, principalmente após a Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, devendo o mesmo ser promovido através do SUS. No entanto, identificamos que há um distanciamento entre o SUS constitucional e o SUS real. Evidenciou-se, também, que inserido neste cenário, existe um intenso conflito de interesses entre o projeto privatista e o Projeto de Reforma Sanitária para a saúde pública, no qual o setor privado vem absorvendo o espaço que deveria ser público, transformando o SUS em um sistema de saúde pobre destinado a pobres.

Para que essa distância entre o SUS legal e o SUS real seja superada, compreendemos que é necessária a efetivação da proposta da reforma sanitária. Avançar neste sentido requer a retomada das forças populares democráticas, bem como o resgate do caráter político e ideológico do MRSB, que buscou uma transformação para além dos limites do setor saúde direcionada para mudanças societárias forjada na justiça social e na democracia.

Podemos considerar que a luta da classe trabalhadora, mediada pelo MRSB, busca a implementação do texto constitucional acerca da saúde como direito de todos e dever do Estado, e contra todas as formas de mercantilização da mesma.

Em se tratando do Serviço Social verificamos, com base no exposto, que nas últimas décadas a intervenção do assistente social vai refletir o processo de amadurecimento da política de saúde brasileira, bem como da própria profissão, evidenciando uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político Profissional e o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Ambos os projetos, foram construídos durante o processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980, estão, intimamente, ligados a um direcionamento social crítico.

No entanto, é necessário destacar que medidas como as alterações feitas na nova PNAB e a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que desmonta o NASF, impõem retrocessos e riscos consideráveis para a APS e para a efetivação do SUS, com implicações sobre o Serviço Social, seja na restrição do seu espaço sócio-ocupacional neste nível de atenção, ou pela precarização das condições de trabalho para àqueles que já estão inseridos nos serviços.

O Código de Ética profissional dos assistentes sociais instrumentos indispensáveis que capacita o assistente social para desenvolver um trabalho diferenciado na área da saúde em todos os níveis de complexidade, bem como “em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social”. (CFESS, 2010, p. 30).

Nesse sentido, considerando o direcionamento social e democrático do SUS e do Serviço Social, defendemos a inserção oficial, em nível nacional, do assistente social na APS do SUS, especialmente na ESF, pois apesar da responsabilidade acerca da configuração deste nível de atenção ser da gestão municipal, compreendemos que a mesma é direcionada pela esfera federal. (AQUINO et al, 2014).

Desse modo, se ao longo de sua trajetória o Serviço Social já vem ocupando majoritariamente os níveis secundários e terciários do sistema de saúde brasileiro, sua inserção na Atenção Primária, mais especificamente na equipe multiprofissional da ESF, tende a somar, pois o assistente social é um profissional que dispõe de um conteúdo teórico-metodológico, técnico-operativo e ético político capaz de contribuir para a consolidação efetiva do SUS, já que a área da saúde se configura como um espaço de luta, conflitos e possibilidades, fato que requisita um perfil profissional comprometido com a defesa intransigente dos direitos sociais e da classe trabalhadora.

O fato de termos um direito garantido legalmente não quer dizer que ele será respeitado. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de um trabalho educativo, acerca da compreensão da saúde como direito social e dever do Estado, que vise o fortalecimento do SUS e a efetivação do projeto da reforma sanitária.

Sabemos que tal feito não será atingido apenas por uma categoria profissional. Compreendemos que é necessária uma articulação entre os diversos segmentos sociais nesta direção, na qual o Serviço Social, mais uma vez, tem potencialidades, junto de outras categorias profissionais e sujeitos sociais, para intermediar esse movimento de luta e defesa em favor do direito à saúde universal, pública e de qualidade.

É nesse sentido, de organização política, contribuição para a mobilização, luta e defesa da saúde como um direito social conquistado mediante reivindicações da

população trabalhadora, que a inserção do assistente social na atenção primária, se faz necessária, pois este é um espaço onde se processa a grande maioria das requisições que chegam aos demais níveis de atenção, sejam eles de caráter biológicos, sociais ou previdenciários.

A inserção do assistente social na APS pode contribuir para o acesso a saúde de qualidade, como também reduzir gastos para o sistema de saúde, pois se a necessidade do cidadão for atendida em tempo hábil as chances de agravamento dos problemas apresentados serão reduzidas, melhorando a qualidade de vida da população trabalhadora.

Vale destacar que, mesmo sendo possível efetivar todas essas possibilidades, isso só vai acontecer se na correlação de forças entre as classes sociais a balança pender para a classe trabalhadora. Neste sentido, compreendemos que não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e de sua defesa. O que existem são desafios cotidianos a serem superados, individual e/ou coletivamente, através da articulação com outros sujeitos políticos que partilhem dos mesmos ideais, baseados em princípios que questionem a racionalidade neoliberal adotada pelo Estado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECJS-76RHW7?mode=full>. Acesso em: 13 mar. 2020.

AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe; NUNES, Cristina Abdon; SOUZA, Maria Fátima. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed., v. 2, São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social)

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-v1: Ferramenta para gestão e para trabalho cotidiano. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Nota: CNS desaprova publicação de portaria de Atenção Primária à Saúde sem aval do Controle Social**. Conselho Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/882-nota-cns-desaprova-publicacao-de-portaria-da-atencao-primaria-sem-aval-do-controle-social#content>. Acesso em: 28 nov. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília-DF, 2008 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maira; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselli Lavinas. **Saúde e Serviço Social**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAVALCANTE, Girlene Maia Mátis; PREDES, Rosa. A Precarização do Trabalho e das políticas Sociais na Sociedade Capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. In: **Libertas**, v.4, n. 2, p. 1- 24, jul/2010.

CFESS. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010 (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas públicas).

**Carta dos trabalhadores de Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF).**

**Pernambuco**, 13 de Nov. de 2019. Disponível em:

<http://www.crfpe.org.br/noticias/1058.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. de 2019.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 8. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em: 1 Jul. 2019.

IAMAMOTO, Marilda. Os espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social. In:

**Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília:

CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais no Brasil:**

Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v 20, n 4p. 867-876, 2011.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A Inserção do assistente social na atenção primária à saúde. In: **ARGUMENTUM**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.

MARTINI, Débora. A Atuação do Assistente Social na Saúde: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Florianópolis. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. 2017. **Anais [...]** Santa Catarina: UFSC, 2017.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. In: **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; GOMES, Luciana; TEIXEIRA, Marlene. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira e LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e

riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. 116, p. 11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 6 Jan. 2020.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RIBEIRO, Sâmbara Paula et al. O Cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. In: **Katálisis**. v. 8, n. 2 jul/dez. 2005. Florianópolis-SC. p. 247-255.

SANTOS, Aparecida Nunes dos; SERPA, Moema Amélia. A Particularidade do Trabalho do Assistente Social na Saúde no Contexto de Contrarreforma. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da, MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (Org.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: ADUEPB, 2017.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. O Trabalho do Assistente Social na Saúde. In: **Ciência et Práxis**. v.1, n.2, 2008.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Íris Fenner. A Construção do SUS e a Participação do Assistente Social. In: **Serviço Social & Sociedade**. UNICAMP. Campinas, v. 10, n.11, jul. 2011.

SILVA, Marta Maria da; LIMA, Telma Cristiane Sasso de; Serviço social e interdisciplinaridade na atenção básica à saúde. In: **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 113-132, 18 maio 2015.

SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da, MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: ADUEPB, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária de Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; XAVIER, Alexandra Bonifácio. Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a estratégia saúde da família em foco. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da, MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: ADUEPB, 2017.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; CARNEIRO, Thaísa Simplício; COSTA, Cibelly Michalane Oliveira. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família: contribuições ao debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 98, jun./2009.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHUMALLER, Valdilene Viana. **O Serviço Social na Saúde: resignificação das demandas e do espaço ocupacional**. 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Águas de Lindóia, São Paulo. Out/2013.