



**UEPB**

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

**ANA KAROLINA FIRMINO DA SILVA**

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO DOS LIMITES E  
POSSIBILIDADES DA DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NA ESFERA DA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

ANA KAROLINA FIRMINO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO DOS LIMITES E  
POSSIBILIDADES DA DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NA ESFERA DA  
ATENÇÃO BÁSICA**

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

**Orientadora:** Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza.

**CAMPINA GRANDE  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586s Silva, Ana Karolina Firmino da.  
O Serviço Social na saúde [manuscrito] : uma reflexão dos limites e possibilidades da dimensão socioeducativa na esfera da Atenção Básica / Ana Karolina Firmino da Silva. - 2019.  
36 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."  
1. Dimensão socioeducativa. 2. Política de saúde. 3. Educação em saúde. 4. Serviço social. 5. Atenção básica. I.  
Título

21. ed. CDD 362.1

ANA KAROLINA FIRMINO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO DOS LIMITES E  
POSSIBILIDADES DA DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NA ESFERA DA  
ATENÇÃO BÁSICA**

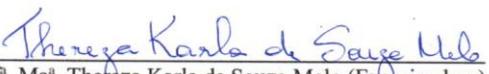
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharela em  
Serviço Social.

Aprovada em: 17/12/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>a</sup>. Ma.<sup>a</sup>. Maria do Socorro Pontes Souza (Orientadora)  
Departamento de Serviço Social/UEPB

  
Prof.<sup>a</sup>. Ma.<sup>a</sup>. Lucía Maria Patriota (Examinadora)  
Departamento de Serviço Social/UEPB

  
Prof.<sup>a</sup>. Ma.<sup>a</sup>. Thereza Karla de Souza Melo (Examinadora)  
Departamento de Serviço Social/UEPB

A minha avó, minha fonte de inspiração,  
por seu amor e cuidado imensurável,  
DEDICO.

“Quando o direito é sufocado ou descuidado, consciência sanitária significa luta, individual e coletiva, para a sua concretização.” (Jairnilson Paim)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Breve Contextualização Histórica.....</b>	<b>08</b>
<b>3. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>14</b>
<b>4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Aspectos Históricos.....</b>	<b>18</b>
<b>5. A DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NO SERVIÇO SOCIAL: Algumas considerações .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1 Algumas reflexões acerca do Serviço Social na Atenção Básica e no âmbito da Estratégia saúde da Família e a questão da educação em saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

# O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO DOS LIMITES E POSSIBILIDADES DA DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NA ESFERA DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Karolina Firmino da Silva<sup>1</sup>

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo, resulta de um estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, e apresenta como objetivo principal refletir sobre a questão da dimensão socioeducativa do Serviço Social na área da saúde, mais especificamente no âmbito da Atenção Básica. A realização desse estudo foi motivada através da experiência de estágio supervisionado obrigatório em serviço social realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Dr. Antônio Mesquita e Horacina de Almeida, ambas localizadas no Bairro de Monte Castelo no município de Campina Grande/PB, no período de 2017 a 2018. A vivência em tal espaço, e a articulação com as leituras em torno da temática, nos fez despertar sobre a compreensão dos elementos que permeiam a constituição da dimensão socioeducativa no exercício profissional, nos possibilitando apreender a importância de tal dimensão particularmente no campo da atenção básica, como instrumento capaz de possibilitar a consciência sanitária dos sujeitos. Os resultados do presente estudo sugerem que, o Serviço Social ao possuir uma dimensão socioeducativa que aponte na direção dos interesses da classe trabalhadora e da democracia, pode contribuir através da prática reflexiva, para a ampliação e consolidação da consciência sanitária.

**Palavra-Chave:** Dimensão socioeducativa. Política de Saúde. Educação em Saúde

## ABSTRACT

This paper presented in the form of an article is the result of a qualitative study of a documental and bibliographic nature and its main objective is the analysis of the socio-educational dimension of social service in the health area, more specifically in the ambit of attention basic. The realization this study was motivated through the mandatory supervised internship experience in social service conducted at the Basic Health Units (BHU) Dr. Antonio Mesquita and Horacina de Almeida, both located in the Monte Castelo neighborhood in Campina Grande/PB, in the from 2017 to 2018. The experience in such space, and the articulation with the readings around the theme, made us awaken about the understanding of the elements that permeate the constitution of the social-educational dimension in the professional exercise, making it possible to learn the importance of such a dimension particularly in the field of basic attention, as an instrument capable of enabling the subjects sanitary awareness. The results of the present study suggest that social service, having social-educational dimension that points in the direction of interests of the working class and democracy, can contribute through reflexive practice to the expansion and consolidation of sanitary consciousness.

**Keywords:** Socio-educational Dimension. Health Policy. Health Education

---

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.  
Email: anakarolinaacg@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo, tem como objetivo, refletir sobre a questão da dimensão socioeducativa do Serviço Social na área da saúde, mais especificamente no âmbito da Atenção Básica, como instrumento capaz de possibilitar a consciência sanitária dos sujeitos.

Para tanto, cabe enfatizar que a dimensão socioeducativa está presente no exercício profissional dos assistentes sociais desde a gênese da profissão, no entanto, assume direções distintas no decorrer de seu desenvolvimento sócio histórico, estando diretamente interligadas as vertentes teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, assumidas pela categoria. Oliveira (2013), analisando as reflexões de Iamamoto (2006) ressalta a função de educador político desse profissional que pode caminhar tanto no sentido de exercer uma política democrática comprometido com a classe trabalhadora, como também no sentido de fortalecer uma política dos donos de poder, isso ocorre devido a própria inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho, na sociedade capitalista. Ainda de acordo com o referido autor, a dimensão socioeducativa caracteriza-se por ser transversal ao exercício profissional, desse modo, busca-se compreender quais “elementos dessa dimensão do trabalho podem ser potencializados na busca de construir um Serviço Social articulado aos interesses dos sujeitos sociais que usufruem dos serviços sociais prestados pelos assistentes sociais” (OLIVEIRA, 2013, p.73).

Ainda utilizando as contribuições do autor, cabe mencionar que neste trabalho, a dimensão educativa é compreendida no campo da possibilidade do trabalho do assistente social, ao interferir na forma de consciência dos sujeitos sociais na direção da problematização do cotidiano mergulhado na alienação produzida pelo fetiche capitalista.

Particularmente a área da saúde, onde circunscreve-se o nosso objeto de estudo, tem sido historicamente um dos setores que mais emprega assistentes sociais no país, mostrando-se como um campo fértil para intervenção profissional. Destaca-se que o acesso democrático ao direito à saúde, tem seu marco principal na promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui o SUS e estabelece um capítulo destinado à saúde, inaugurando no seu artigo 194, uma lógica de proteção social pautada na seguridade social, através do tripé: saúde, previdência e assistência.

Cabe ressaltar que a viabilização do acesso ao direito à saúde, se estabelece a partir da articulação do trabalho coletivo na saúde, das políticas sociais, da gestão dos serviços, da produção do conhecimento, bem como a participação popular dos usuários nesses serviços. Torna-se fundamental, desse modo, que o profissional de Serviço Social priorize ações coletivas que democratizem informações e conhecimentos necessários para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de uma prática educativa crítica, que fortaleça a autonomia dos sujeitos.

É importante mencionar que a riqueza do arsenal teórico-metodológico acumulado historicamente pela profissão, e sua interface com a área da saúde, possibilitam para o Serviço Social importante contribuição em tal política, considerando sua centralidade no trabalho coletivo em saúde, e a dimensão socioeducativa em tal espaço, que tem um papel relevante, se caracterizando como um potencializador político para a atuação do assistente social no contexto de tal política. Em contrapartida a isto, a conjuntura política e econômica e as ações adotadas pelo governo atual para as políticas públicas, em especial a da saúde, vem aprofundando uma série de contrarreformas que apresenta como desdobramento o sucateamento e a desvalorização dos princípios do SUS, rebatendo diretamente no trabalho do assistente social, tornando-se um desafio a materialização de uma abordagem em saúde, pautada no projeto ético-político da profissão e nos princípios do SUS, que possibilitem uma

intervenção que caminhe em direção à construção de uma consciência crítica dos sujeitos, com o potencial para o fortalecimento de processos emancipatórios.

Diante do exposto, o estudo aqui presente buscou analisar a dimensão socioeducativa presente no exercício profissional na particularidade da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, problematizando sua materialização no campo da Educação em Saúde, abordando tendências e desafios, desse modo, o trabalho justifica-se na medida em que poderá contribuir na atualização do debate e das produções já existentes em torno da temática.

Cabe mencionar que a aproximação com a temática se deu a partir da inserção no campo de estágio obrigatório em serviço social, nas Unidades Básicas de Saúde Dr. Antonio Mesquita e Horacina de Almeida, ambas no Bairro de Monte Castelo, na cidade de Campina Grande/ PB. Para a elaboração desse artigo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, foram utilizados livros e artigos científicos voltados à temática aqui abordada.

O artigo está estruturado em 4 tópicos. No primeiro tópico abordamos através de uma breve contextualização histórica a política de saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 até os dias atuais. No segundo tópico, discorremos algumas considerações referentes à Atenção Primária a Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. No terceiro tópico, apresentamos alguns aspectos históricos da inserção do Serviço Social na saúde. No quarto tópico, buscamos explicar inicialmente algumas considerações gerais da dimensão socioeducativa do Serviço Social e em seguida realizamos algumas reflexões acerca do Serviço Social no âmbito da Estratégia saúde da família e a questão da Educação em Saúde, e por último, apresentamos as considerações finais.

## **2.A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Breve contextualização histórica**

Na década de 1980 o Brasil vivencia uma forte crise econômica, quede acordo com Behring e Boschetti (2011) é caracterizada pelo recrudescimento do endividamento externo, trazendo como consequências, um aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas em toda a América Latina, acarretando no país, alto índice de inflação, queda no Produto Interno Bruto (PIB) e queda no fluxo de importações. É importante frisar que, apesar do endividamento ser causado na sua maioria pelo setor privado, houve, no entanto uma crescente socialização dessa dívida, e no país 70% da dívida externa, tornou-se estatal.

Em contrapartida, a década de 1980 foi marcada por um redirecionamento político, a partir da ascensão e fortalecimento de novos autores e sujeitos sociais, possibilitando um processo de redemocratização da sociedade. Destaca-se o estabelecimento da assembléia constituinte, instaurada em 1987, caracterizando-se como uma arena política de correlação de forças, com vários segmentos da sociedade, de um lado os que estavam comprometidos com a população e o setor público e de outro os comprometidos com o capital e o setor privado.

Vale ressaltar que do período da autocracia burguesa (1964/1985) até a instauração da Nova República (1985), a saúde pública era ineficiente e conservadora, de caráter excludente, mantida com recursos da Previdência Social que beneficiava o desenvolvimento do setor privado de saúde, através da compra de serviços, portanto orientada pelo e para o grande capital (BRAVO, 2000).

A referida autora destaca ainda que, o modelo de gestão da saúde característico do período anterior à década de 1980 dispunha de peculiaridades, pois se desenvolviam “através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2009, p. 95). Portanto, tinha como forma basilar o modelo médico-privatista, por ser focalizado na doença e no tratamento individual, além de ser restrito àqueles que estivessem ligados formalmente ao mercado de trabalho, estando acobertados pela Previdência Social.

O processo de redemocratização do País, trouxe à tona novos sujeitos políticos, e na saúde não foi diferente, fomenta-se a participação de novos sujeitos comprometidos com as discussões das condições de vida da população, segundo Bravo (2009, p.95-96):

[...] Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada á democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade brasileira.

Cabe ressaltar com base em Paim (2009), que o movimento de Reforma Sanitária Brasileira constitui-se numa reforma social estruturada na democratização e *politização da saúde* – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior à *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*. De acordo com o referido autor, a RSB, através das suas representações organizadas, exigia mudanças no padrão de atenção à saúde do país.

Nesse contexto, um evento que teve significativa importância na área da saúde, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, sendo 1.000 delegados, representantes da sociedade civil, profissionais da categoria e partidos políticos. Os temas discutidos foram: A saúde como direito inerente á personalidade e a cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento social. O relatório final elaborado na Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal e, posteriormente, as leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, o amplo e aprofundado debate, defendido e espriado pelo Movimento da Reforma Sanitária, vão obter sua materialização no plano jurídico, a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, conhecida como Constituição Cidadã, por colocar o direito social como inerente a questão da cidadania, inaugurando no artigo 194, uma lógica de proteção social pautada na seguridade social, através do tripé: saúde, previdência e assistência, instituindo no campo da saúde, o SUS. O texto constitucional desse modo, na área da saúde, adota os vários acordos e ideias defendidos pelo movimento sanitário, na seção II do artigo 196 e 197, dispõe que:

**Art.196** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

**Art.197** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2017, p.61)

Deste modo, a Constituição Federal de 1988 se apresenta como divisor de águas, principalmente no que se refere à saúde. O texto constitucional traz inúmeros avanços jurídicos. Em relação à Política Nacional de Saúde, destaca-se dentre estes que o conceito de saúde é entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; o

entendimento da saúde como direito social e universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo à dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil.

No entanto, apesar dos avanços no texto constitucional, nos anos 1990 assiste-se um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal que ganha visibilidade no governo Collor, porém vai se acentuar a partir da era do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), que toma posse em 1994, adotando uma agenda de reformas, em meio a um cenário econômico de crise da dívida externa, desemprego e crise estrutural do capital, colocando-se a necessidade de reformas estruturais.

Diante do cenário de intensificação da agenda neoliberal, ocorre para a política social à lógica de ações pontuais e compensatórias, acarretando em um tensionamento no modelo de proteção social adotado na Constituição Federal de 1988, dentre os motivos Behring (2008) destaca, por exemplo, as estratégias de superlucros, a supercapitalização, assim como, o desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, configurando um ambiente em que se propaga uma ideologia que prevalece a individualidade e o consumo, desse modo, para as políticas sociais predomina o trinômio: privatização, focalização e a descentralização, esta última é entendida apenas como repasse de responsabilidades para instituições privadas e o setor público não estatal.

A política de saúde começa a sofrer os impactos neoliberais mais precisamente do governo FHC, principalmente a partir de ações que impulsionaram a desresponsabilização do Estado na execução do núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa), passando a responsabilidade para Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), é o processo de publicização, em que vai se estabelecer parcerias entre as políticas públicas, ONG's e instituições filantrópicas.

Outra iniciativa do referido governo, diz respeito à criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) que de acordo com Borlini (2010), era uma instituição que apresentava elevada autonomia orçamentária e decisória, contribuindo na regulamentação dos agentes privados. O movimento sanitário nesse período coloca-se em posição defensiva, e grupos voltados para o interesse do mercado, tomam destaque.

É importante frisar que a crise econômica que se iniciou nos anos 1970 inscreve-se em esfera mundial, sua particularidade na década de 1980/1990 se dá pelo esgotamento do modelo fordista-keynesiano, que não atende as características do projeto neoliberal. No segundo momento de acordo com Mota (2012, p. 33):

[...] a partir dos anos 2000, mais especificamente no rastro da crise financeira que afetou uma das principais economias mundiais, a dos Estados Unidos, o discurso e as estratégias de enfrentamento da crise se afastam das loas á desregulamentação e passam a transitar por uma espécie de *juízo moral* que, ao criticar os maus e desonestos capitalistas – qualificados de especuladores irresponsáveis – defendem o *capitalismo sério, real, produtivo, democrático e redistributivo*. Estava dado o “mote” que marcaria o início de outra processualidade histórica, desta feita, qualificada como meio de enfrentamento á crise do capital financeiro, revelando um novo *projeto e processo de restauração da ordem do capital*, agora legitimado e conduzido por novos protagonistas: os governos de centro-esquerda latino-americanos.

No Brasil, a eleição de 2002 apresenta a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da república, representante e líder do Partido dos Trabalhadores (PT), o que significou uma esperança para a classe trabalhadora, visto que, apresentavam como bandeiras de luta propostas e ideias voltadas para a sociedade, no entanto, o que ocorreu foi à continuidade da política macroeconômica do governo FHC.

A era Lula foi marcada pela perspectiva do neodesenvolvimentismo, que se deu inicialmente em um cenário em que se questionava o projeto neoliberal, que no momento não estava dando respostas positivas aos problemas sociais e econômicos do país. De acordo com Krüger (2014), a referida perspectiva buscou combinar desenvolvimento econômico com desenvolvimento social, esse novo projeto surge da aliança entre o governo Lula com o capital produtivo, para se opor ao capital especulativo, se caracteriza por ser uma política de financeirização do capital e de conciliação de gastos, a desse modo, uma ampliação dos programas de combate a pobreza, a intervenção do Estado na economia entra em consonância com a área social.

No início do governo existiu uma expectativa da retomada dos setores progressistas do Movimento de Reforma Sanitária, no entanto, o que houve foi uma flexibilização e parcerias das propostas do referido movimento com o do projeto privatista, portanto, Bravo (2009), sinaliza alguns das medidas do ponto vista positivo e inovações que se concretizaram no governo Lula, dentre elas, destaca-se a escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária, para ocupar cargos no Ministério da Saúde e a convocação e realização em 2003 da 12<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde.

Ao apontar os aspectos de continuidade, Bravo (2009), ressalta a permanência das ações de caráter focalizadas, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, que se restringe e se centraliza, sem que ocorra de fato uma reorganização com o intuito de transformar o programa em estratégia, que aponte para uma direção em que haja uma extensão da atenção básica em saúde para toda a população. Outro aspecto de continuidade refere-se aos trabalhadores da saúde, a partir da sua precarização e terceirização, refletidos na falta de concursos públicos para contratação de segmentos importantes, a exemplo dos agentes comunitários de saúde.

A questão do financiamento da saúde também é analisado pela autora, desdobrando-se no seu desfinanciamento, devido principalmente a não incorporação da Seguridade Social, descumprindo a articulação com as outras políticas do tripé, assim como com seu orçamento próprio. Alguns mecanismos são implantados com o intuito de aprofundar esse descumprimento, e fortalecer as desvinculações do que deveria ser usado exclusivamente para a saúde, a exemplo da proposta de desvinculação da CPMF, que é usado para outro fim, que é o de garantir o superávit primário das contas públicas, isso ocasionou de acordo com Bravo (2009), a redução de 5 bilhões destinados ao SUS.

Em suma, as tensões entre os dois projetos da saúde, o privatista e o da Reforma Sanitária continuam durante o governo Lula, e no governo posterior, o de Dilma Rousseff. Ao fazer um balanço do governo Lula, Bravo e Menezes (2011), frisam a falta de vontade política, prevalecendo a continuidade de ações focais, a falta de democratização de acesso aos serviços, a não viabilização da Seguridade Social, e articulação com o mercado. Seu governo caracterizou-se por uma política de conciliação de classes, tal característica também rebateu claramente no enfrentamento da política de saúde, através da refuncionalização dos princípios do SUS, cabe destacar que para esse processo, surge um novo projeto na saúde denominado “SUS possível,”<sup>2</sup> como forma de flexibilizar as ideias defendidas pela Reforma Sanitária.

---

<sup>2</sup> SUS Possível seria a junção dos objetivos dos dois projetos societários em disputa, legitimados por figuras que anteriormente defendiam o SUS do Projeto de Reforma Sanitária. Para maior abordagem do tema, ver SOARES, 2018.

O PT se manteve no poder da presidência da República, com a posse de Dilma Rousseff, em 2011/2016, portanto sua política deu continuidade à lógica do governo anterior, no entanto, com suas particularidades. A saúde nesse período sofreu as ameaças do contexto econômico e político da época, assistiram-se desse modo, os limites no neodesenvolvimentismo. O SUS constitucional continuou não sendo prioridade, o que se fomentou foram às parcerias público/privado, com as discussões e fortalecimento de gestões que apoiam a articulação da saúde com as Organizações Sociais (OSs), outra medida diz respeito a autorização e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ampliando e fortalecendo a contratação precarizada e terceirizada dos trabalhadores da saúde, visto que a contratação poderia acontecer via CLT, seriam contratos temporários, levando a instabilidade e a rotatividade.

Ao sintetizar os ataques que a saúde vem sofrendo desde 2014, Teixeira; Paim (2018, p. 14-15), apontam:

Vale recordar os vários golpes desferidos contra o SUS desde 2014: 1) Abertura da saúde ao capital estrangeiro; 2) Projeto de Lei (PL) para obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados, exceto os domésticos; 3) PL das Terceirizações; 4) Prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), acrescida da Desvinculação das Receitas dos Estados (DRE) e da Desvinculação das Receitas dos Municípios (DRM); 5) Proposta de Emenda Constitucional (PEC 241) da Câmara dos Deputados e PEC 55 do Senado (Novo Regime Fiscal); 6) Planos populares; 7) Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10; 8) Orçamento impositivo; 9) Reconhecimento da constitucionalidade das OS; 10) Proposta de Cobertura Universal em Saúde; 11) Agenda Brasil com cobrança de serviços no SUS; 12) Novos pacotes de ajuste; 13) Saúde, educação e ciência e tecnologia como moeda de troca político-partidária. Cumpre registrar que parte dessas iniciativas já foi efetivada (1, 3,4,5,7,8,9,13), enquanto outras ainda pairam como ameaças concretas(2,6,10,11,12).

Nesse período, o jogo político da então Presidente Dilma, acarretou, no terceiro ano do seu primeiro mandato, a abertura de espaço para as forças políticas contrárias, conservadoras e de direita, principalmente após as Jornadas de Junho de 2013, dentre os motivos Teixeira; Paim (2018), destacam três: mistura do capital da indústria e das finanças; pleno emprego, força dos sindicatos e elevação dos salários reais; ideologia anti-intervencionista; correlações de forças internacionais e abertura de excessivas frentes de luta. Ocorre um aprofundamento da polarização nas eleições de 2014, o capital e seus representantes aumentaram sua oposição ao governo Dilma.

É após o Golpe institucional e jurídicosofridos por Dilma Rouseff, que o vice-presidente Michael Temer assume de forma ilegítima a Presidência da República, ainda em 2016. Seu governo de acordo com Bravo; Pelaez; Pinheiro (2018), trata-se na verdade de um restauração conservadora, com características ultraneoliberal, pró-capital, buscando favorecer as classes dominantes e fortalecer a dependência do país com o capital financeiro. Desse modo, a dívida pública tem sido nos últimos anos, paga pelos trabalhadores, através dos cortes de gastos nas políticas sociais e da desvinculação dos seus orçamentos, esse processo se intensifica pós golpe. É importante frisar que esse cenário está inscrito na lógica mundial de crise estrutural do capital, a saúde passa a ser interesse dos grandes grupos empresariais e privados.

A contrarreforma do Estado se aprofunda, Soares (2018), chama a atenção ao diferenciar a particularidade do governo Temer, visto que esse processo já se dava desde os anos 1990, no entanto, é a partir do referido governo que ele assume sua forma mais explícita. O consenso burguês acelera as contrarreformas, como forma de atender seus interesses capitalistas, um dos objetivos seria o de adequar as políticas sociais ao novo modelo do

projeto neoliberal, através das políticas de austeridade fiscal, como forma de conter os gastos nesse campo.

Temer assume explicitamente o seu “compromisso” com a saúde através dos setores empresariais e privados, a começar pela posse do Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que apresenta como propostas os Planos de Saúde Populares, estes receberam serias críticas no que diz respeito principalmente a sua cobertura limitada.

O financiamento da política de saúde sofreu um enorme retrocesso principalmente a partir da aprovação da EC 95/2016. O SUS, a partir da aprovação de tal emenda Constitucional, vem sofrendo um enorme corte de gastos, desdobrando-se no sucateamento dos níveis de saúde. O governo apresenta o documento Coalizão Saúde Brasil, com o intuito de estabelecer a parceria público/ privado, como uma rede integrado de cuidados, seu principal objetivo seria o de construir um novo sistema de saúde no Brasil. Em relação a EC 95/2016, Mendes (2017, p.5) ressalta:

Bem recentemente, nos deparamos com uma das maiores medidas de austeridade defendida pelos arautos do capital financeiro, correspondendo ao *tacão de ferro* no histórico subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016. Esta impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. Essa EC 95 revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o *teto* para a saúde, em 2017, 15% da RCL. Mesmo assim, os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. Num cenário retrospectivo, entre 2003 a 2015, essa perda seria R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%, de acordo com dados do Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do SUS (2016).

O que se coloca para os sujeitos e movimentos sociais comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária é um cenário desafiante e difícil, principalmente após o processo de fragmentação desses movimentos, que vem ocorrendo nesse contexto. No entanto, é necessário, segundo Bravo, Pelaez; Pinheiro (2018), a retomada das bandeiras de luta, da capacidade de organização, e de debates que possam caminhar para a ideia de politização da saúde, com vistas a aprofundar a consciência sanitária da população.

Assiste-se no país, o aprofundamento de políticas de austeridade fiscal, um cenário de retrocesso e de perdas de direitos sociais. Em 2018 o Brasil vivenciou uma corrida eleitoral movimentada e conflituosa, dentre os candidatos, destaca-se Fernando Haddad do PT, Ciro Gomes do PDT e Jair Bolsonaro, do PSL, esse último saiu vitorioso. Sua campanha foi reduzida a internet, em meio ao processo eleitoral se evidenciou o seu crescimento, seus discursos apresentam caráter fortemente conservador, e de aprofundamento de uma política ultraneoliberal e pró-capital iniciado por Temer. Na saúde prevalece o debate da privatização, com uma narrativa da redução drástica do tamanho do Estado, aprofundando o sucateamento e debilitando cada vez mais os princípios do SUS, inscritos na CF de 88.

Nesse contexto, em consonância com o Projeto ético-Político do serviço social, os assistentes sociais tendem à resistência no processo de contrarreforma na política de saúde, ao reivindicar o caráter público, gratuito e universal do SUS.

O retrocesso instaurado no país que tange a política de saúde, nos permite vislumbrar o retorno ao estado de responsabilização do indivíduo pelo seu processo saúde-doença, a um atendimento excludente e deixa de ter relevância para as políticas de saúde pública. O conceito ampliado de saúde. A adoção de tal paradigma traz em seu bojo um conceito positivo de saúde (entendida como produto de relações sociais e não como ausência de doenças) A partir deste, se compreende que o processo saúde-doença é determinado pelo “estágio de desenvolvimento do modo de produção adotado, bem como das relações sociais de produção”

(MIOTO; ROSA, 2007, p. 104), tais questões foram historicamente debatidos em âmbito internacional, conforme discutiremos a seguir.

### **3.ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA, E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

A discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) inscreve-se no contexto internacional na conjuntura dos anos 1960, e se dá principalmente após as duras críticas referente a organização sanitária hegemônica presente nos diversos países, e que apresenta dentre suas características, a expansão de serviços de saúde privado, crescimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares, baseado no paradigma flexneriano, fundamentado no individualismo, no mecanicismo e no biologismo, prevalecendo a hierarquização da figura do médico. Tal discussão possibilitou a ampliação do conceito de saúde e conseqüentemente, fomentou subsídios ao enfrentamento dos diferentes sistemas de saúde no mundo, com o intuito de propor alternativas de mudanças ao modelo vigente.

As discussões e críticas em torno da APS tornam-se mais contundentes nos anos de 1970, em um contexto sócio-histórico e econômico caracterizado pela crise estrutural do capital, o que rebate significativamente no campo da saúde, que se aprofunda com a adesão da política neoliberal nos diversos países, em contrapartida, assiste-se também as mobilizações e os movimentos sociais, que propunham e lutavam por mudanças no modelo de saúde hegemônico.

De acordo com Vasconcelos e Schmaller (2011) é diante desse cenário que as proposições em torno da APS ganham ênfase, e em tal contexto, surgem proposições para a Atenção Primária a Saúde (APS), tendo como principal referência, a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata que ocorreu em 1978. Tal Conferência configura-se como um marco fundamental para a discussão sobre a APS, como também, sobre a promoção da saúde. No entanto, o documento elaborado na Conferência, recebeu críticas de várias agências internacionais, devido ao seu caráter ampliado de concepção da APS. Cabe mencionar que tal contexto é caracterizado pelo surgimento das novas agências multilaterais como o Banco Mundial e o FMI, que propunham no campo da saúde, serviços de caráter focalizados com a implantação de “cestas básicas” de serviços de saúde, como também a divisão entre os serviços de atenção básica com os secundários e terciários.

As discussões em torno da APS tornam-se complexas, por apresentar múltiplas faces, interpretações e materializações. De acordo com Vasconcelos e Schmaller (2011), as experiências de APS, devem ser situadas dentro dos referenciais teóricos e sanitários que as norteiam, e no contexto sócio político e econômico que se desenvolvem, considerando as especificidades e particularidades de cada país.

Na particularidade brasileira, as primeiras experiências de APS deu-se de forma limitada e superficial, através de ações pontuais e de programas de extensão de cobertura, destaca Vasconcelos e Schmaller (2011).

Os movimentos sociais e as lutas pela redemocratização do país constituíram um novo cenário para as políticas sociais, principalmente no campo da saúde através do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que desde os anos 1970 coloca a necessidade e urgência de mudanças sanitárias no Brasil. Conforme já mencionamos, após a Constituição Federal de 1988, que se tem a criação do SUS, e o estabelecimento do princípio da universalidade da saúde, buscando superar a lógica do modelo médico assistencial privatista. Cabe ressaltar que no Brasil, os objetivos do MRS, da 8ª CNS que foram incorporados ao SUS pela Constituição Federal de 1988, têm similitudes com os princípios da APS que são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

A criação do SUS propôs um sistema público, de acesso universal e igualitário, com ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, como frisa Paim (2009), após a CF de 88, a adoção de uma concepção ampliada de saúde reconhece as condições de vida como determinantes e condicionantes da saúde, portanto, ultrapassa a visão limitada do biologismo como determinante único das condições de saúde dos indivíduos. Ainda de acordo com o referido autor, sua organização se dá a partir de uma rede hierarquizada e descentralizada.

É importante destacar que o termo “Atenção Básica” (AB) é adotado no Brasil, com a designação Atenção Básica a saúde (AB), visando a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, ou seja, (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), por não expandir o serviço a toda a população, o atendimento de saúde seriam restritos às camadas mais pobres da sociedade, instaurando uma “cesta básica” de serviços para o setor, denominado pejorativamente de pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

Cabe ressaltar que no contexto dos anos 1990, diante das influências dos ideais neoliberais, para o governo federal a AB configurou-se numa estratégia de baixo dispêndio, com o intuito de possibilitar atender e superar as desigualdades no atendimento de saúde da população e amenizar problemas do sistema de saúde. Partindo deste pressuposto, o MS passa a conceber a AB como modelo para a reestruturação do sistema de saúde e a desenvolver alguns programas, nem sempre articulados com o discurso em defesa dos princípios do SUS, haja vista a focalização dos mesmos na sua fase inicial. Dentre as iniciativas do governo, inicialmente destacou-se em 1991, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que obteve resultados positivos nas primeiras experiências realizadas em algumas cidades do Brasil, se expandindo para outras regiões.

No entanto, é em 1994, que é formulado o Programa Saúde da Família (PSF), que se deu principalmente devido as novas funções e responsabilidades que os municípios assumiram, com o avanço da municipalização, porém, seu início deu-se de forma restrita. Cabe destacar que, um elemento desencadeador da expansão do PSF, foi a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, que estimulou os processos de municipalização e descentralização no país, trazendo investimentos significativos para APS. De acordo com Monnerat; Senna; Souza (2009, p. 104):

O avanço da descentralização impulsionado pela NOB1/96 foi acompanhado de medidas de fortalecimento e reorganização do nível de atenção básica, colocando este nível de atenção na “*ordem do dia*” da agenda da saúde. Após um longo período de privilegiamento da atenção hospitalar, a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base *per capita* trouxe a atenção básica para o centro da agenda setorial. Destaque deve ser dado à adoção do *Piso de Atenção Básica* (PAB), já previsto na NOB1/96, mas regulamentado com modificações pela portaria GM/MS nº 1.882 de 18/12/1997.

Além do PAB, foi estabelecida em 2006, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). É importante frisar que, o PSF ultrapassa a lógica de programa, e adota a lógica de estratégia, sendo denominada de Estratégia Saúde da Família, no governo Lula, no ano de 2006.

A Estratégia Saúde da Família assume papel prioritário na política de saúde no país, segundo Heimann e Mendonça (2005 apud Vasconcelos; Schmallier 2011), o papel do Movimento de Reforma Sanitária e suas reivindicações de mudanças de modelo assistencial, fez com que a APS no Brasil assumisse feições próprias, desse modo, a Estratégia se constituiria em um caminho para o avanço na efetivação do SUS, configurando-se como porta de entrada do sistema e induzindo mudanças no modelo de atenção.

Portanto a ESF, de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006 apud Vasconcelos; Schmaller 2011), não se limita apenas para organizar temporariamente a APS, mas para (re)estruturar o sistema, através do redimensionamento das prioridades de ação em saúde, por focar a prevenção e a promoção da saúde; bem como pela reafirmação de uma nova filosofia de atenção, pautada nos atributos da APS.

É importante salientar que, em 2016 ocorre a revisão das normas e diretrizes da PNAB de 2006 para a organização da Atenção Básica, que é substituída pela PNAB 2.488/2012. Tal documento, caracteriza a AB por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado, gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012)

Todavia, apesar de se constituir como um avanço, devido à expansão do acesso aos serviços de saúde a vários segmentos da população brasileira, a AB via ESF, vem se constituindo na atual conjuntura como uma proposta limitada na resposta às necessidades de saúde, com postura frágil frente aos desafios para as mudanças de modelo (MERHY; FRANCO, 2007, Apud VASCONCELOS; SCHMALLER 2011).

A ESF no contexto da Atenção Básica inscreve-se, na realidade brasileira, diante de um cenário complexo e de contradições, os desafios e dilemas presentes, se aprofundam diante do quadro neoliberal introduzido no Brasil, como já mencionado, a partir dos anos 1990. Tal quadro, no campo da saúde, vem intensificando as disputas e as correlações de forças entre os projetos da Reforma Sanitária e o projeto de cunho privatista, ou da contra-reforma da saúde.

Constata-se nos últimos anos, que o projeto de contra-reforma na saúde toma espaço, e ganha destaque sob a atuação e medidas do governo, que coloca no âmbito da AB, uma série de fragilidades e desafios, vai se observar desse modo, a precarização dos serviços de saúde, e uma AB no seu sentido restrito. Oliveira; Pereira (2013, p. 163), frisam que:

[...] a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. E, se a opção política é por uma APS não simplificada, que forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, torna-se necessário que seja assumida de forma integral e resolutiva, apesar das crises políticas e econômicas que constituem verdadeiros obstáculos a resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento. Somente por meio de orientação clara e governação firme, os sistemas de saúde gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos por meio de cuidados de saúde primários, tal como preconizava a Declaração de Alma-Ata.

De acordo com Morosini; Fonseca; Lima (2018), o cenário é de ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas refletidas nos direitos sociais, como trabalhistas e previdenciários, trata-se desse modo, de reformas que tendem a eliminar os direitos sociais, sob a ofensiva do capital contra o trabalho.

As medidas tomadas pelo governo apontam para uma fragilidade no SUS e na sua organização, principalmente no que diz respeito ao financiamento da política de saúde, que sofre ataques severos, após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como Emenda do ‘Teto dos Gastos’, por conseguinte, segundo Morosini; Fonseca; Lima (2018, p.14):

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Desse modo, tais medidas também refletem na esfera da Atenção Básica, especialmente após aprovação da nova PNAB, em 30 de agosto de 2017. No entanto, é importante sinalizar que, as discussões e tendências que orientavam a revisão da PNAB, já vinham tomando forma desde 2016, com a realização do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, desde então as discussões e debates da referida revisão se davam em âmbito restrito e limitado, como por exemplo, nas reuniões da Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

A revisão e a aprovação da PNAB/2017 apontam para a desconstrução da Atenção Básica no seu sentido ampliado, assim como, no rompimento e o não cumprimento de princípios estabelecidos para a construção do SUS, previstos na Constituição de 1988. Desse modo, o texto definido para a nova PNAB provocou críticas de estudiosos e de entidades, principalmente por não ter a participação da sociedade na discussão do texto e no processo decisório, ocorrendo, portanto, uma desqualificação do controle social.

Em relação às mudanças expressas no texto da PNAB, destaca-se o caráter flexível de alternativas para a configuração e implementação da AB, o descompromisso com o princípio da universalidade, que torna-se evidentemente seletiva, principalmente ao estabelecer uma flexibilização na cobertura populacional, que era garantida nas antigas PNAB (2006/2012), através da determinação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, para cobrir 100% da população cadastrada. No entanto, o novo texto não determina o número de ACS que deve compor a equipe, portanto, como ressalta Morosini; Fonseca; Lima (2018), essa indeterminação resulta no risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população, assim como, no comprometimento de processos já instituídos na ESF.

Numa realidade onde se percebe cada vez mais uma política em saúde de contenção de custos, de restrição do acesso, e com direção focada para a população pobre e não para a universalidade, é preciso mais do que nunca de profissionais comprometidos com a garantia do acesso aos serviços de direito social.

Nesse âmbito, cabe destacar a importante contribuição do Assistente Social na atenção básica e particularmente, junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado. Também tem um papel importante nas ações de promoção da saúde, através das ações educativas que esses profissionais desempenham.

Cabe enfatizar, que a saúde, tem se constituído historicamente como um campo privilegiado de atuação do Serviço social nas últimas décadas, e a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilham dos mesmos princípios, vêm contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos (CFESS, 2010).

#### 4.SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS

Inicialmente, é necessário partir do pressuposto da inserção do Serviço Social na divisão do trabalho, como produto histórico, perpassado pelas lutas de classes antagônicas e impensável fora da ordem do monopólio.

Ao analisar o significado da prática profissional, Iamamoto (2011) ressalta a sua condição de inserção na sociedade, a partir da sua institucionalização e legitimação, que se dão com o redirecionamento do papel do Estado, que passa em meados dos anos 30/40 a intervir diretamente na economia, através da implementação de políticas, serviços e programas como forma de controlar e amenizar os setores do proletariado que na época encontravam-se em expansão. É nesse período, e possuindo como pano de fundo a questão social no embate entre burguesia e classe operária, que ocorre a ampliação do mercado de trabalho para o Serviço Social.

Para tanto, ao se inserir na sociedade, o Serviço Social inscreve-se dentro da reprodução das relações sociais no seu sentido ampliado, conforme frisa Iamamoto (2011, p.99):

[...] As condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas. Como as classes sociais fundamentais e seus personagens só existem em relação recíproca, pela mútua mediação entre elas, a atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes, tendendo a ser cooptada pelas que têm uma posição dominante.

Desse modo, nos moldes da sociedade capitalista, a atividade do profissional do Assistente Social e de outros profissionais, implica necessariamente em um conjunto de determinações sociais que são inerentes a sociedade no contexto do capitalismo, tais como, o trabalho assalariado e o controle da força de trabalho (COSTA, 2009).

Analisando o exercício profissional do Assistente social, Iamamoto (2009) evidencia que, este profissional é proprietário de sua força de trabalho especializada, no entanto, tal força só se transforma em atividade/trabalho, quando aliada aos meios necessários a sua realização, quais sejam: recursos financeiros, materiais e humanos necessários á realização desse trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas sociais.

No que se refere a particularidade do Serviço Social no campo da política de saúde, cabe mencionar as condições históricas em que a saúde pública se desenvolveu no Brasil e na postura prática, política e metodológica que a profissão vai adquirir no decorrer deste processo. Conforme já mencionamos anteriormente, a política de saúde é a área que historicamente mais absorveu os assistentes sociais. A finalidade da intervenção do assistente social nesse setor é compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que condicionam o processo saúde-doença, bem como acionar estratégias político institucionais para responder de forma qualificada a essas questões (CFESS, 2010).

De acordo com Bravo e Matos (2004), o processo de expansão do Serviço Social no Brasil se deu por volta de 1945, é nessa época que também se amplia a ação profissional na área da saúde, tornando-se o campo que mais vem absorvendo os assistentes sociais. Cabe destacar que, a influência norte-americana na profissão substituiu à europeia. Nesse momento, o aumento de assistentes sociais no campo da saúde é resultado principalmente no novo conceito de saúde elaborado em 1948, que evidenciou os aspectos biopsicossociais, o que determinou a presença de outros profissionais nesse setor, incluindo os assistentes sociais.

Para tanto, o espaço que mais abrangeu os assistentes sociais foram os hospitais. Segundo Bravo; Matos (2004) a tarefa desse profissional era situada no caráter educativo com

intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, apresentando como eixo central de sua atividade a dimensão individual, ou seja, o indivíduo/cliente seria o responsável pelo o seu tratamento, dessa forma, culpabilizava o próprio indivíduo pelos problemas, que seria fruto do seu comportamento. Bravo; Matos (2004, p.3), destacam que:

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Cabe ressaltar que no período de 1960 o Serviço Social passa por um movimento<sup>3</sup> interno, o movimento de reconceituação, se constituindo de forma particular em cada país. No Brasil, a Ditadura Militar de 1964 implicou no desenvolvimento do chamado processo de renovação do Serviço Social, constituindo-se em três tendências: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura, esta última, representou para a profissão um salto qualitativo, ultrapassa os muros das universidades na transição dos anos 1970/1980, a profissão vivencia uma espécie de maturidade teórica, principalmente com a aproximação do marxismo, que significou avanços tanto no campo teórico, como numa atuação profissional guiada por uma perspectiva da totalidade numa visão crítica dialética, desse modo, as mudanças no Serviço Social rebatem significativamente no amadurecimento teórico-metodológico da profissão no campo da saúde.

É importante destacar de acordo com Costa (1998), que o trabalho do assistente social no âmbito da saúde é mediatizado pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, desse modo, as transformações e avanços na política de saúde a partir dos anos 80/90, implica necessariamente em novas condições no exercício profissional.

A efervescência política e social dos anos 1980 reflete no país o momento de redemocratização, através de mobilizações e lutas sociais, na saúde pública, destaca-se o importante movimento da reforma sanitária, que conseguiu nesse momento avançar e ampliar os seus debates, principalmente no processo da Constituinte que culminou no plano jurídico com a conquista da CF de 1988, apresentando destaque o artigo da Seguridade Social, e a saúde como direito de todos e dever do Estado. O Serviço Social sofre influências desta conjuntura, no entanto, se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde(BRAVO, MATOS, 2004).

---

<sup>3</sup>Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Neste processo de discussão o universo acadêmico do SS gravitou sobre fenômenos como a estrutura social brasileira, a disparidade socioeconômica, o desenvolvimento excludente e subordinado e qual o papel sócio-político da categoria, seguido de uma revisão na formação profissional e da intervenção institucional sob uma nova ótica de liberdade e valores como: as lutas sociais, democracia e participação social junto às classes subalternas na luta por transformações societárias que levem a um estado democrático e contra as diversas formas de opressão social e econômica. Cabe salientar que esta não é a perspectiva teórica hegemônica do SS.

Cabe enfatizar que a década de 1990 para o Serviço Social representou sua maturidade teórica, principalmente por sua interlocução real com a tradição marxista, destaca-se desse modo, o processo de construção do projeto ético-político da profissão, elaborado pela categoria profissional, que já se encontrava em evidência na transição de 1970 para 1980, e alcança terreno fértil no momento de redemocratização do país, apresentando dimensões políticas e priorizando os interesses da classe trabalhadora, tem na sua base o enfretamento e a denúncia ao conservadorismo profissional, e como núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, sua materialização se dá no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº 8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares de 1996. Para tanto, é válido mencionar que a partir da sua legitimação em 1990, se evidencia sua relação com o projeto da reforma sanitária, principalmente a partir dos seus aportes teóricos e seus princípios.

O projeto ético- político do Serviço Social não se esgota, ele estar em constante processo de construção, é no período de 1990 que ambos os projetos citados encaram uma conjuntura adversa, com a adentrada do projeto neoliberal, e seus rebatimentos no campo da saúde. O projeto privatista se evidencia, os dois projetos em disputa na saúde passam a oferecer para o assistente social diferentes requisições:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo á participação popular. (CFESS, 2010, p.26)

Ao analisar as condições do trabalho em saúde após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), Costa (1998) frisa as novas formas de organização do trabalho coletivo em saúde, decorrentes principalmente das mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política. Desse modo, a atual organização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que atende as novas reivindicações também permite a continuação de algumas contradições já existentes, como por exemplo, a demanda reprimida/exclusão e a precariedade dos recursos. Ademais, a prática profissional do assistente social inscreve-se nessa contradição, em que as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços, ou seja, segundo a referida autora, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil.

Constata-se que apesar do grande avanço no aporte teórico do Serviço Social, no exercício profissional, o assistente social encontra dificuldades em colocar de fato no cotidiano da sua prática os avanços conquistados principalmente na sua dimensão teórico-metodológica, desse modo, a dimensão técnica- operativa da profissão apresenta lacunas e um distanciamento do campo teórico, esse fator rebate nitidamente no trabalho coletivo em saúde.

Matos (2013), ao analisar a pesquisa realizada por Vasconcelos (2002) aponta que o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde caminham para uma ação pouco crítica e distante dos projetos da reforma sanitária e ético-político da profissão, para o autor o que se pode observar é a existência de uma rígida estrutura da materialização da prática profissional nos serviços e saúde, prevalecendo os atendimentos individuais, quase

sempre constituindo-se em uma ação única. Esse descompasso entre o trabalho realizado e os avanços referentes aos dois projetos citados, seria fruto de dois fatores:

O primeiro se refere á dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como á forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objetivo de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro fator, refere-se á nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também do outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS. (MATOS, 2013, p.62)

Ao tentar desvendar as particularidades do Serviço Social na saúde, Matos (2013), reforça nas suas reflexões o aumento das ações em saúde em direção ao social, isso ocorre principalmente após a promulgação da CF de 1988, que culminou com o surgimento da Lei Orgânica da Saúde, Leis 8080/90 e 8.42/90, trazendo o reconhecimento das condições de vida como determinantes e condicionantes de saúde, dando, portanto um alcance da dimensão social, através do conceito ampliado de saúde. As expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social, está presente nos diversos serviços de saúde, se manifestando com suas particularidades e contradições, para tanto, é necessário que este profissional esteja atento a realidade concreta destes serviços, formulando estratégias que caminhem em direção a real efetivação da saúde pública, do fortalecimento do SUS, e dos princípios da reforma sanitária em consonância com o projeto ético-político da profissão.

Nesse sentido, a função educativa dos assistentes sociais fundamentada numa perspectiva de fortalecimento dos interesses dos trabalhadores, supõe compromisso político consciente com o projeto societário das classes subalternas e competência teórico, metodológica e política para a identificação e apropriação das reais possibilidades postas pelo movimento social para o redimensionamento da prática profissional (CARDOSO; MACIEL, 2000).

No próximo item, abordaremos breves reflexões acerca da dimensão socioeducativa do serviço social com ênfase no contexto da Estratégia Saúde da Família, enquanto importante espaço de atuação para o assistente social e da Educação em Saúde.

## **5. A DIMENSÃO SOCIOEDUCATIVA NO SERVIÇO SOCIAL: Algumas Considerações**

Conforme chamam atenção Cardoso; Maciel (2000) é incontestável a função educativa desempenhada pelos assistentes sociais nos diferentes espaços ocupacionais. Tal função caracteriza-se pela incidência dos efeitos das ações profissionais na maneira de pensar e de agir dos sujeitos envolvidos nas referidas ações, interferindo na formação de subjetividades e normas de condutas, elementos estes constitutivos de um determinado modo de vida ou cultura, como diria Gramsci.

De acordo com as referidas autoras, pode-se dizer que o serviço social se institucionaliza e desenvolve na sociedade capitalista, como ação de cunho socioeducativo, inscrita no campo político-ideológico, nos marcos institucionais das políticas sociais públicas e privadas. Configura-se como um mecanismo utilizado, no repasse de bens e serviços assistenciais direcionados a reprodução material e subjetiva do trabalhador e sua família. Nesse sentido, as funções desempenhadas pelos assistentes sociais, embora respondam sob o ponto de vista das classes subalternas às necessidades de subsistência física, atendem,

prioritariamente, às necessidades de reprodução do trabalhador sob o controle do capital, ou seja, na condição de sujeito subordinado.

Analisando o significado social da profissão na sociedade capitalista, Iamamoto; Carvalho (2000), situa o Serviço Social como um dos elementos que participa das relações de classes e do movimento contraditório entre elas, compreendida como sendo um tipo de especialização do trabalho coletivo dentro da divisão social do trabalho.

Ainda de acordo com os referidos autores, a dinâmica da sociedade capitalista e o movimento da reprodução do capital inserem-se em um campo contraditório, que se expressa através da ampliação do antagonismo dos interesses objetivos que são inerentes as relações sociais, ou seja, no mesmo processo se reproduz ao mesmo tempo a exploração ou a reprodução da riqueza pelo trabalhador como riqueza alheia, desse modo “as condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas” (IAMAMOTO, CARVALHO, 2000, p. 75), ou seja, a atuação do assistente social é polarizada por interesses antagônicos entre as classes. A partir dessa compreensão de acordo com os autores, se pode estabelecer “uma estratégia profissional e política, para fortalecer as metas do capital ou do trabalho”.

Como abordado no tópico anterior, o surgimento do Serviço Social se insere no processo de desenvolvimento do capitalismo industrial e a expansão urbana, é nesse contexto que a questão social<sup>4</sup> - objeto de trabalho da profissão - assume novas configurações, com a constituição da burguesia industrial e a ascensão do proletariado. Desse modo, o Estado passa a ter um papel fundamental nesse processo, interferindo diretamente no enfrentamento das expressões da questão social, a partir dessa intervenção, ganha destaque a necessidade de “técnicos” para assumir as demandas da classe operária, dentre eles, o assistente social.

Por conseguinte, o processo de institucionalização e legitimação da profissão na sociedade capitalista pressupõe ao assistente social a sua inserção no processo social a partir de uma dupla dimensão, da direção objetiva que assume e da consciência subjetiva da situação:

- a) o modo de inserção da prática profissional nas relações sociais capitalistas, tendo como pano de fundo os novos contornos da questão social no capitalismo monopolista e a participação popular.
- b) o modo de pensar que informa as respostas dadas pela categoria profissional às novas demandas sociais que se manifestam na conjuntura latino-americana. (IAMAMOTO, 2011, p. 89)

É dentro dos limites da prática profissional, que o assistente social encontra as condições para a materialização da sua autonomia:

Finalmente, importa destacar que o Assistente Social dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, o que se expressa numa relação singular de contato direto com o usuário, em que o controle institucional não é total, abrindo a possibilidade de redefinir os rumos da ação profissional, conforme a maneira pela qual ele interpreta o seu papel profissional. A isso se acresce outro traço peculiar do Serviço Social: a indefinição ou fluidez do que é ou do que faz o Assistente Social, abrindo-lhe a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem a mera demanda institucional. (IAMAMOTO, 2011, p.102)

---

<sup>4</sup> “A *questão social* não é senão 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. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p. 77)

Ao apresentar relativa autonomia no seu exercício profissional, de acordo com Yamamoto (2011), o assistente social situa-se no campo político ideológico, pois ao mesmo tempo em que é contratado pela classe dominante com o objetivo de exercer funções de controle social, atravessado por tensões e interesses de classes, o profissional tem a possibilidade de redirecionar o sentido de suas ações diferente do que propõe o empregador, isso ocorre pela própria característica contraditória das relações sociais. Nessa perspectiva é que se configura o caráter político do trabalho do assistente social, o referido caráter segundo a autora, apresenta a possibilidade de neutralizar a alienação da atividade para o sujeito que a realiza.

Considerando as reflexões de Yamamoto (2011), a compreensão da prática profissional passa por sua dimensão histórica, ou seja, a prática em processo e em constante renovação, na medida em que novas condições históricas se apresentam, paradoxalmente existe a necessidade de redefinições dessa prática. Analisando as ponderações elucidadas até o momento, cabe enfatizar a dimensão socioeducativa inscrita no Serviço Social tendo em conta as suas determinações, ora aqui apresentada.

Levando em consideração as necessidades de redefinições da prática profissional nos processos e condições históricos, é válido destacar a princípio a constatação de que a dimensão socioeducativa do Serviço Social está presente desde sua gênese, no entanto, assume diferentes direções no decorrer do desenvolvimento da profissão, inicialmente com seu caráter filantrópico e de caridade de viés conservador, ligado diretamente a igreja; modificando-se após o cenário da classe operária na cena política que culminou com a legitimação da profissão, entretanto, apresentou em meados dos anos 1950 a necessidade de revisão; os anos 1960 marcou a abertura do processo de renovação<sup>5</sup> do Serviço Social no marco da autocracia burguesa, entretanto, o seu esgotamento abriu as condições favoráveis para a redemocratização do país, paradoxalmente, esse cenário ofereceu no campo da profissão o desenvolvimento da terceira vertente da referida renovação, a intenção de ruptura, que possibilitou para a profissão sua confinidade com o viés crítico marxista como também na construção de um projeto ético político a favor dos interesses da classe trabalhadora, ademais, é válido corroborar com Moljo, Parreira; Ramos (2018) ao situar a dimensão socioeducativa como transversal as dimensões constitutivas da profissão, a teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa.

Ao analisar as contribuições de Yamamoto (2006), para a temática da dimensão socioeducativa, Oliveira (2013) destaca suas reflexões acerca da direção do assistente social que apresenta a função de educador político, para tanto, tal função poderá seguir no sentido de exercer uma política democrática comprometido com a classe trabalhadora, ou no sentido de uma política dos donos de poder, como já explicitado anteriormente. Isso acontece devido a inserção do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho na sociedade capitalista dentro de interesses antagônicos entre as classes, é ressaltado desse modo a importância do posicionamento ético-político do profissional:

Ao processar a análise do Serviço Social na contemporaneidade, a autora nos traz elementos importantes para pensarmos o trabalho profissional pautado com valores democráticos e comprometidos com a efetivação do projeto profissional hegemônico. Aponta, como um dos pressupostos de sua análise, que o Serviço Social tem como produto de sua ação, um rebatimento no campo político e ideológico, podendo contribuir para o processo de democratização das relações de

---

<sup>5</sup> [...] Supõe, igualmente, a investigação dos diversos e auto-implicáveis níveis que comparecem no movimento interno da profissão: as modalidades interventivas para responder às novas demandas, os padrões imperantes na reprodução da categoria profissional, as suas formas organizativas, as influências teórico-culturais, as suas elaborações intelectuais e as suas (auto) representações. Trata-se com, efeito, de um largo programa de pesquisa e investigação, a requerer longos e coletivos esforços. (NETTO, 2008, p.116)

poder, e conseqüentemente para a construção de uma contra-hegemonia no interior das relações de classe. (OLIVEIRA, 2013, p.77-78)

Dentre as condições que abre possibilidade para a atuação profissional em direção aos valores democráticos e aos interesses da classe trabalhadora, ainda baseada nos estudos de Yamamoto (2006), Oliveira (2013) ressalta a importância da apreensão das mediações do real, ou seja, das determinações e particularidades da questão social na contemporaneidade, como uma estratégia fundamental que possibilita uma intervenção socioeducativa que caminhe em direção aos valores democráticos que orienta o projeto ético-político profissional, destacando também a importância o conhecimento das condições que o trabalho do profissional enquanto trabalhador assalariado se realiza.

Entre as características que a dimensão socioeducativa pode apresentar, destaca-se a sua vinculação com a organização da cultura entendida no seu sentido gramsciano, Abreu (2011) nos traz importantes reflexões e contribuições para compreender os perfis pedagógicos que a profissão assume, através das determinações históricas e configurações particulares da prática do assistente social, partindo de três perfis, da “ajuda”, da “participação” e “emancipatória”, suas hipóteses gerais baseiam-se em:

[...] a primeira indica que o Serviço Social, na sociedade brasileira, institucionaliza-se e desenvolve-se como profissão de cunho educativo, nos marcos sócio-históricos que peculiarizam a organização, difusão e crise da cultura – engendrada a partir dos interesses do capital, com ênfase da chamada cultura do bem-estar -, identificando-se perfis pedagógicos diferenciados na mencionada trajetória profissional; e a segunda sugere que esses perfis reatualizaram-se nos anos 90, refletindo a necessidade de organização/reorganização da cultura nos marcos da crise estrutural do capital e saídas dadas às mesmas, sob orientação neoliberal, face às peculiaridades, no país, da crise cultural que se intensifica a partir de então, o que supõe a reconstituição dos princípios educativos pelas classes sociais. (ABREU, 2011, p.36)

O primeiro perfil abordado por Abreu (2011) configura-se na pedagogia da “ajuda”, que se evidenciou no processo de institucionalização e desenvolvimento da profissão, fundamenta-se na visão psicologista da questão social, nas suas manifestações individuais, numa perspectiva de reforma moral e da reintegração social, partindo do pressuposto da compreensão da questão social como um problema moral, a psicologização das relações sociais é entendida de acordo com a autora em que “o movimento do capital monopolista ressitua a dimensão individual pelas mediações das políticas sociais estatais no enfretamento das seqüelas da questão social” (ABREU, 2011). Dentro dessa lógica, encontra-se um paradoxo para refletir o Serviço Social na saúde, que na sua prática, mais especificamente nos anos 40-50, encontra consonância com o primeiro perfil apresentado pela autora, visto que, como já mencionado no tópico anterior, sua intervenção se dava numa tarefa educativa em direção normativa do modo de vida da clientela.

O segundo perfil identificado por Abreu (2011) denomina-se de pedagogia da “participação”, fundamentada sobretudo nas propostas do Desenvolvimento de comunidade, no bojo da ideologia desenvolvimentista que permeava o país, sustentando a idéia da participação como uma esfera programática da intervenção profissional nas relações sociais, enfatizando a participação popular nos programas do governo, entretanto no sentido de controle e manipulação das massas, com um redirecionamento na assistência educativa, através dos novos mecanismos persuasivos e de coerção, traduzindo-se na subalternização da classe trabalhadora e do seu controle pelo capital.

Para tanto, a autora identifica as possibilidades da construção de uma perspectiva pedagógica emancipatória e sua vinculação com o Serviço Social, apresentando como ponto de partida as condições sócio-históricas e político-ideológicas da construção do projeto

profissional identificado com os interesses das classes subalternas. Sua análise se dá na compreensão da crise do capitalismo no século XX e suas saídas, que caminham em direção a modificações na produção e seus rebatimentos no mundo do trabalho, ressaltando a construção de uma pedagogia que sustente a nova racionalidade capitalista, dessa forma, Abreu (2011) parte do entendimento da metamorfose das pedagogias da ajuda e da participação a partir de uma visão da solidariedade, trata-se de uma estratégia de despolitização das relações, com o objetivo do conformismo social para a consolidação da hegemonia dominante, a do capital.

No entanto, apesar da tendência da metamorfose entre ajuda e participação, Abreu (2011) reflete sobre as possibilidades de construção de uma pedagogia emancipatória, porém, cercadas de desafios. Em conformidade com as idéias de Oliveira (2013, p. 91), afirma-se que:

Parece-nos que a autora indica uma agenda de elementos que o assistente social deve considerar e implementar na sua ação profissional para que a dimensão socioeducativa do trabalho do assistente social de constitua, de fato, como um potencializador da organização de uma nova cultura pautada nos interesses da classe trabalhadora. Nesse sentido, a participação das classes subalternas deve se conformar em intervenções críticas e conscientes na ordem histórica e social, constituindo-se como estratégia de mobilização, capacitação e organização do movimento antagônica a ordem do capital que busca a unidade entre o pensar e o agir. Esse processo é a base da expressão de novos valores, novas consciências e novas condutas contrapostas a cultura do capital, ou seja, é a base para a organização de uma nova cultura que por sua vez, fornece os alicerces de uma hegemonia emancipatória.

De acordo com a referida autora, como referência de representação desse tipo de pedagogia, algumas ações vivenciadas na atualidade, como o processo de publicização na perspectiva de democratização e universalização das políticas sociais, outro exemplo seria também as estratégias de orçamento participativo, essas estratégias apresentam como elemento central o fortalecimento das classes subalternas na correlação de forças nos diferentes espaços entre a sociedade política e a sociedade civil.

Partindo das contribuições até aqui abordadas, concordamos com as reflexões de Oliveira (2013), ao referenciar a dimensão socioeducativa como transversal a operação do trabalho profissional, pois “diz respeito aos rebatimentos que o trabalho produz nas formas como os sujeitos sociais concebem as questões abordadas pelo trabalho profissional”:

as ações do trabalho profissional do assistente social somam-se a uma série de fatores e condições que, em uma mediação complexa e dialética, configuram a forma como os sujeitos sociais percebem seu cotidiano, mas ao se tratar da dimensão socioeducativa, buscamos evidenciar a participação do Serviço Social neste processo, tendo como norte de análise compreender quais elementos dessa dimensão do trabalho podem ser potencializados na busca de construir um Serviço Social articulado aos interesses dos sujeitos sociais que usufruem dos serviços sociais prestados pelos assistentes sociais. (OLIVEIRA, 2013, p.94)

Na particularidade do campo da saúde, esses elementos podem ser considerados em consonância sobretudo com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, que defendem a saúde pública de qualidade, nesse sentido, pontua-se a relevância da compreensão da educação em saúde como um instrumento capaz de oferecer contribuições importantes nesse processo. Portanto, cabe no próximo item, apresentando suas tendências e limites na atuação do profissional de Serviço Social, fazendo um recorte no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

## 5.1 Algumas reflexões acerca do Serviço Social na Atenção Básica e no âmbito da Estratégia saúde da família e a questão da Educação em Saúde

Considerando as reflexões construídas no tópico anterior, e partindo do pressuposto da dimensão socioeducativa como inerente ao exercício profissional do assistente social, faz-se necessário analisar como a referida dimensão se materializa para o Serviço Social no âmbito da saúde, mais especificamente na Atenção Básica, que coloca a Educação em Saúde como instrumento e estratégia de trabalho indispensável na atuação do cotidiano de trabalho desse profissional.

Para tanto é válido destacar que a Educação em Saúde assume direções e abordagens diferenciadas no decorrer da trajetória política da saúde brasileira, estando ligada aos modelos de atenção á saúde constituídos no país. É a partir do século XX que se tem uma intervenção estatal no campo da saúde, ligada a coletividade, essa intervenção se dava a priori a partir de combates as epidemias da época, que colocavam em risco a exportação de café, atingindo os interesses econômicos e políticos da elite dominante, essa intervenção se constituiu com as medidas higienistas e de controle das doenças, paradoxo a isto, a Educação em Saúde se consolidou como um mecanismo normativo de comportamentos das classes populares, de caráter disciplinador e repressivo, colocando o individuo como culpado da sua condição de saúde, estabelecendo ações de higienização, através de normas/regras.

Após o período de 30/40 assiste-se no país uma intervenção do estado na questão social, destaca-se a expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões- CAPS, que passam a serem designadas de Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), passando a oferecer serviços de saúde para os trabalhadores, “tem início a atenção sanitária voltada aos trabalhadores, demarcando o padrão dual de organização da política de saúde que vigoraria até a Constituição Federal de 1988” (SANTOS, SENNA, 2017, p. 441), no campo da Educação em Saúde, se observa um redirecionamento no discurso da educação sanitária, que passa a receber influências norte-americanas, de acordo com os referidos autores, essa perspectiva critica o modelo autoritário anterior, adotando mecanismos com ações persuasivas e de conscientização, acreditando que a educação sanitária deveria seguir a ideia de que as boas condições de saúde passavam pela consciência sanitária dos indivíduos. Sob influência eugênista, foi introduzida no período a educação sanitária nas escolas públicas:

[...] tendo por base a concepção de que aspectos de moral e bom comportamento possibilitariam o ajuste dos indivíduos a uma vida considerada normal perante a sociedade. De acordo com Silva et al. (2010), entendia-se que o acesso a informações sobre hábitos saudáveis levaria aos setores populares a consciência sobre comportamentos insalubres e isso seria suficiente para mudanças nesses comportamentos. Essa tendência é reforçada nos anos seguintes, no bojo do fortalecimento do denominado sanitismo desenvolvimentista. Trata-se, em linhas gerais, de uma ideologia baseada na crença de que o nível de saúde de uma dada sociedade está atrelado ao grau de desenvolvimento do país. Nesse sentido, as ações de educação em saúde são enfatizadas como estratégicas para melhorar as condições socioeconômicas da população, ancoradas no plano disciplinador, individual e cultural. (SANTOS; SENNA, 2017, p. 441)

Destaca-se também a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através do SESP, se tem a introdução de novas práticas e metodologias em saúde, é um período caracterizado pela introdução da ideologia do desenvolvimento de comunidade, de acordo com Marques (2006), as práticas sanitárias passam a introduzir novas tecnologias de medicina preventiva e de gerenciamento institucional, ainda segundo a análise do autor, ocorreram mudanças no currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, em especial na educação sanitária, tais mudanças passam a incorporar os fatores econômicos, sociais e culturais para

explicar o processo saúde/doença, é importante destacar que esses fatores são vistos como barreiras para a ação educativa.

Alguns aspectos da medicina preventiva também foram incorporadas nesse período, através da formação de sanitaristas, as práticas eram voltadas para a prevenção das doenças, entretanto, de acordo com Marques (2006), essas práticas apresentaram dificuldades para a sua efetivação, visto que tal proposição não separa a ação individual da coletiva, assim como a esfera da atenção básica da hospitalar, apresentando obstáculos na sua organização.

Ao analisar alguns aspectos referentes à educação em saúde no período ditatorial, Santos e Senna (2017) enfatiza a priorização do setor privado para a política de saúde, através do incentivo da extensão da cobertura previdenciária, consolida-se a hegemonia no modelo médico previdenciário, por meio da articulação do Estado com os interesses das indústrias farmacêuticas, equipamentos médicos e seguros de saúde, ou seja, os recursos dos serviços de saúde eram custeados pelo setor público, entretanto, providos a partir das instituições e planos privados ligados a previdência.

Em 1967 ocorre uma reformulação na educação sanitária, segundo Marques (2006), houve a reabertura do curso de educação sanitária, com o objetivo de formar educadores de saúde pública, com a exigência de possuir curso superior, especialmente na área das ciências sociais, partia-se do pressuposto de que o processo saúde/doença deveria ser compreendido na sua multicausalidade, buscando a educação em Saúde Pública como solução, destaca-se também a equipe multiprofissional na execução das ações educativas.

O processo de resistência da sociedade contra a Ditadura Militar se espraiava em meados de 70, em virtude da insatisfação da população perante as péssimas condições de vida, no campo da saúde tem destaque os profissionais da área, que questionavam e discutiam sua atuação através dos aspectos referente a concepção da ampliação do processo saúde-doença e da educação em saúde como estratégia para a transformação social. Desse modo:

Em contraposição ao regime autoritário, ganhava terreno uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, impulsionada pelos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina e pela crescente efervescência dos chamados novos movimentos sociais. Afirmava-se a noção de saúde-doença como um processo socialmente determinado, chamando atenção para aspectos-chave como sua articulação com o mundo do trabalho, a prática social da medicina e a tendência de medicalização da sociedade. Ao mesmo tempo, cresciam as críticas ao Estado autoritário e ao modelo médico hegemônico, com defesa da mobilização e participação da sociedade civil. (SANTOS, SENNA, 2017, p.441)

Para tanto, é nesse contexto que também emerge o Movimento da Reforma Sanitária, que apresenta para as ações educativas em saúde uma perspectiva democrática, uma das influências em ascensão na época seria a do método de Educação Popular, de Paulo Freire, de acordo com Marques (2006) o referido método se dá através do encontro do técnico e do popular, valorizando esse saber popular por meio da conscientização dos grupos sociais desfavorecidos acerca das suas condições de vida e saúde.

No período de redemocratização do país a luta pela saúde pública se destaca e coloca-se em arenas de disputas distintas, de acordo com Santos; Senna (2017), o campo da Educação em Saúde também sofre influências desse período democrático, se contrapondo ao modelo tradicional de educador:

Segundo Silva et al. (2010), novas abordagens em educação em saúde buscavam promover o crescimento da capacidade crítica da realidade, como também, aperfeiçoar formas de lutas, resistência e enfrentamento. A partir de um olhar crítico e pedagógico, a educação em saúde adquiriu um perfil democrático que possibilitou fomentar a participação e as ações coletivas em direção à perspectiva de transformação social. (SANTOS; SENNA, 2017, p.442)

O início da transição democrática apresenta como avanços na área da saúde a conquista do SUS, possuindo como desdobramentos a implantação da Estratégia Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica, sua institucionalização se dá com a Política Nacional de Atenção Básica, assim como a de Promoção em Saúde e da Educação Popular em Saúde, essas conquistas segundo Santos; Senna (2017), propiciaram a ampliação da Educação em Saúde, no entanto, destacando a continuidade da tensão entre as suas concepções no seu sentido restrito e ampliado.

Cabe destacar que, após o reconhecimento da dimensão social como determinante no processo saúde/doença através da adoção do conceito ampliado em saúde o Serviço Social passa a ter maior centralidade no processo coletivo do trabalho em saúde, reconhecido como profissional da área da saúde, através da Resolução n.218/1997, do Conselho Nacional de Saúde.

No que concerne a particularidade do exercício profissional do assistente social no âmbito da ESF, de acordo com Bernardinho (2005 apud Carvalho 2017), suas ações deve se voltar para a intersetorialidade, o controle social, a promoção de saúde e o trabalho socioeducativo; assim como a realização de atendimentos individuais de demandas espontâneas que se apresentam no cotidiano de trabalho da Unidades Básicas de Saúde; emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social; planejar, executar e avaliar pesquisas que possa contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações da ESF; acompanhar, na qualidade de supervisor de campo, estagiários de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social da ESF.

É válido mencionar que, a inserção do Serviço Social na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, é marcada por entraves e desafios, visto que na sua composição de equipe “mínima” o assistente social não estar incluso, entretanto nota-se a presença desse profissional na inserção e prestação de serviços de saúde no âmbito ESF em vários estados/municípios do país. Cabe enfatizar que, como problematiza Vasconcelos et al (2009), a equipe mínima indicada pelo Ministério da Saúde, não é capaz de suprir e atender na sua totalidade as demandas e objetivos que apresentam como ponto principal a inversão do modelo assistencial, colocando a necessidade de inserção de outros profissionais nas equipes.

Por conseguinte, como analisa aos autores, ao se pensar em ampliação das equipes, é importante levar em conta algumas considerações, partindo inicialmente dos princípios do SUS, tendo em vista as necessidades locais e o perfil epidemiológico da população, para que se possa planejar quais profissionais são necessários para compor as equipes básicas e as de apoio. Para tanto, ressalta-se a importância e necessidade do Serviço Social na composição da equipe básica, que envolve questionamentos diversos entre a categoria e no debate sanitário geral, no entanto, corroboramos com as reflexões de Vasconcelos, et al (2009, p. 12-13), ao partir da defesa<sup>6</sup> da inserção da profissão nas equipes básica da ESF:

Esta profissão pode contribuir, principalmente, em um eixo básico para a reversão do modelo assistencial: a *promoção da saúde*. De acordo com Paim (1994, apud TEIXEIRA, 1998), a partir desta, organiza-se a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos dos problemas” (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, aquelas que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos

---

<sup>6</sup>Essa defesa advém da experiência vivenciada no município de Campina Grande/PB10, onde os(as) profissionais da estratégia, organizados(as) em torno da Associação de Profissionais das Saúde da Família, compreendiam11 que seria necessária tal inclusão. Demandava-se a inserção de um(a) assistente social para cada duas equipes, baseada nas contribuições que este(a) profissional pode trazer para uma estratégia voltada para a atenção integral à saúde. (Vasconcelos, et al, 2009, p.11)

diversos grupos sociais. As estratégias da promoção da saúde buscam, pois, uma abordagem voltada para o *controle social* e a *intersetorialidade*.

Diante do exposto, se pode ponderar que ao ser inserido no âmbito da ESF, o Serviço Social respaldado nos princípios do PEPSS e do Movimento da Reforma Sanitária, pode contribuir para a reversão do modelo assistencial e para o fortalecimento do SUS, constituindo-se de acordo com os autores como um investimento no social através do trabalho de prevenção e promoção, na educação em saúde, na defesa dos direitos dos usuários do SUS, dos direitos de grupos específicos, como crianças e adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais. (VASCONCELOS, et al 2009).

Desse modo, no âmbito da ESF, as ações socioeducativas tornam-se estratégia de trabalho coletivo em saúde, e na particularidade do Serviço Social a referida estratégia torna-se indispensável no seu exercício profissional. Cabe ressaltar que, as direções de educação em saúde podem ser consideradas de acordo com as análises de Santos;Senna (2017), através de duas matrizes de abordagens e modelos, são elas: o modelo tradicional e o modelo dialógico. O primeiro modelo apóia-se na função do educador com o objetivo de depositar conteúdos aos educandos, uma educação verticalizada e o educador disciplina, nesse processo ele é o sujeito, e os educandos meros objetos que se submetem a ele, em contraposição ao tradicional, o modelo dialógico torna o usuário protagonista da prática educativa - apresenta o diálogo como eixo central - ou seja, o educando como sujeito de sua própria história, por meio da interlocução e de uma visão crítica da realidade, em especial dos serviços de saúde, apresentando a possibilidade da construção da consolidação de um modelo ampliado de saúde.

Para tanto, a educação em saúde se apresenta como eixo central da atuação do assistente social, em consonância a isto:

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fortalecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p.55)

Desse modo, o assistente social através da prática reflexiva em concordância com a reflexão crítica, apresenta a possibilidade em contato com o usuário de analisar e desvendar a realidade das situações vivenciadas por eles, com o objetivo de que se possa estimular o usuário à captar tal realidade de forma crítica, afim de que ocorra sua participação de maneira consciente, no processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. (CFESS, 2010)

O exercício profissional do assistente social em consonância com o projeto ético-político torna a educação em saúde uma estratégia que caminha em direção da contribuição da consciência crítica dos sujeitos, apresentando potencial para o fortalecimento de processos emancipatórios:

O ato da Educação em Saúde pode contribuir para o profissional de Serviço Social articular as diversas mediações e contradições que surgem no cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais, potencializando outras formas de condução das dimensões metodológicas e políticas que transforme a realidade. Nesse sentido, o assistente social deve conhecer a realidade do usuário e priorizar ações educativas coletivas que apostem na emancipação humana. Evidencia-se, portanto, o caráter essencialmente político do exercício profissional do Serviço Social. Assinala-se a

relevância do desenvolvimento de ações mediadoras pedagógicas, ético-políticas que contribuam para formação da sensibilidade crítica dos usuários. (SANTOS; SENNA, 2017, p.445)

É importante evidenciar que a educação em saúde como estratégia de emancipação e transformação social torna-se para o profissional de Serviço Social um desafio constante, visto que a conjuntura política e econômica - ultraneoliberal - desfavorece essa direção, colocando para o assistente social uma série de limitações, no âmbito da atenção básica essa limitação reflete, por exemplo, na já mencionada PNAB 2017, que aponta para precarização do trabalho coletivo em saúde, colocando a educação em saúde e/ou ações socioeducativas a partir de uma perspectiva limitada e tradicional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente o campo da saúde é a área que mais contrata assistentes sociais, para tanto é necessário destacar que com a conquista da chamada “Constituição Cidadã” em 1988, fruto de intensas disputas que apresentavam interesses antagônicos especialmente na referida área, e tendo como protagonista e carregando como princípio fundamental a universalidade, o Movimento da Reforma Sanitária, a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”, apresentando a constituição do Sistema Único de Saúde com a integração de todos os serviços públicos, é por meio do conceito ampliado de saúde através do reconhecimento da dimensão social no processo saúde/doença, que o Serviço Social ganha centralidade e importância no trabalho coletivo em saúde.

Para tanto, cabe aqui especificar a particularidade da dimensão socioeducativa do Serviço Social que se faz presente na profissão desde sua gênese, por conseguinte, essa dimensão deve ser analisada a partir da compreensão da profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, considerando o desenvolvimento histórico da profissão. É por meio desse desenvolvimento que essa dimensão assume caráter crítico sendo transversal às dimensões constitutivas da profissão, a teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, abrindo a possibilidade de uma atuação desta dimensão que caminhe em direção à defesa dos valores democráticos e aos interesses da classe trabalhadora, o que de acordo com Oliveira (2013), se dá através da necessária apreensão da mediação do real.

A implantação da Estratégia Saúde da Família no contexto da Atenção Básica, emerge como espaço fecundo para práticas educativas fomentadoras de mudança na forma de atenção à saúde e nas relações entre os sujeitos envolvidos nesse processo. A troca de saberes entre usuários e profissionais que tal espaço possibilita, é fundamental para a construção coletiva de estratégias e alternativas cotidianas que potencializem os esforços de superação da ordem constituída, diferente da orientação tradicional da educação em saúde que visava legitimar o status quo. Portanto, o campo da Educação em Saúde se destaca, e se coloca para o Serviço Social como importante estratégia de trabalho na direção da construção de uma consciência sanitária dos sujeitos.

Entretanto, diante das contradições que surgem após a instauração das contrarreformas que atingem as políticas públicas, a área da saúde é uma das mais afetadas, através do sucateamento, fragmentação e privatização dos serviços públicos, e diante desse cenário, o exercício profissional do assistente social também sofre influência da conjuntura hoje classificada como ultraneoliberal. É colocado para o profissional de Serviço Social limitações e desafios que dificulta materializar no seu trabalho o projeto ético-político da profissão em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, rebatendo também no campo da educação em saúde, que retrocede aos modelos tradicionais colocando o sujeito como meros receptores de informações.

Entretanto, corroboramos com as reflexões de Yamamoto (2011), ao identificar que é dentro dos limites da prática profissional, que o assistente social encontra as condições para a materialização da sua autonomia, com a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem a mera demanda institucional. No campo da saúde isso se dá, por exemplo, no seu sentido mais amplo, de acordo Bravo, Pelaez; Pinheiro (2018) na necessidade de ampliação da politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária.

Desse modo, apesar do cenário adverso, o assistente social não pode “desconsiderar que há um leque de pequenos, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social” (BRAVO, MATOS, 2004, p.19), por conseguinte é dentro desse pequeno leque, que os profissionais tem a possibilidade de assumirem uma dimensão socioeducativa que se baseie nos interesses da classe trabalhadora e na democracia, assim como, caminhe na direção de uma perspectiva de educação em saúde no seu sentido ampliado, que coloque o usuário como protagonista de sua própria história, afim de estimular e ampliar a consciência sanitária dos sujeitos, ademais, o desvelamento das situações concretas do exercício profissional, pode contribuir para o seu aperfeiçoamento, “esse é um desafio crítico coletivo!” (MATOS, 2013, p.150).

Destacamos por fim, que considerando a relevância da temática aqui abordada, é preciso o aprofundamento contínuo do debate em torno do tema, com o objetivo de amadurecer as discussões das questões apresentadas neste artigo, como também as reflexões referentes aos desafios e tendências que se colocam na materialização da dimensão socioeducativa do serviço social na esfera da Atenção Básica, no atual contexto do País.

## 7. REREFÊNCIAS

ABREU, M. M. **Serviço social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. ; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF:Senado Federal, 2017. 123 p.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde**.São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. **Cadernos de Saúde**.p. 16-28, set. 2011.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. cap. 5, p. 88-110.

CARDOSO, F. G; MACIEL, M. Mobilização social e Práticas Educativas. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília, UNB/CEAD. Brasília, 2000.

CARVALHO, H. B. **A Estratégia Saúde Família e a questão da educação em saúde: Um relato de experiência das ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde do bairro Monte Castelo no município de Campina Grande-PB**. 2017. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, M. I.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília. 2009.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRUGER, T. R. Saúde Pública no Brasil: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 218-226, 2014.

MARQUES, D. L. **Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ)**. 2006. 172 p. Dissertação (Área de Concentração Proteção Social e Processo Interventivos), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

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

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, n. 7, p. 1-5, jul. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTA, A. E (org.). **Desenvolvimento e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 12. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, P. T. G. **A dimensão socioeducativa do trabalho do assistente social: um recorte nas particularidades do trabalho técnico social no programa “minha casa, minha vida”**. 2013. 169 p. Dissertação (Área de concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

**Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. CFESS, Brasília. 2010.

SANTOS, M. A.; SENNA, M. C. M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Katál**. Florianópolis. v. 20, n. 3, p. 439-447, set./dez. 2017.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreformas na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

TEXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 11-21, out, 2018.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. Estratégia Saúde a Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 89-118, jan./jun. 2011.

VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S. A.S.; CARNEIRO, T. S.; COSTA, C. M. O.S. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família: Contribuições ao Debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n 98, p. 1-26 jul./2009.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que foi minha companhia, o que diante de todas as dificuldades e tribulações que surgiam no percurso da vida e da graduação, sempre me deu forças para seguir, guiando e me fortificando espiritualmente, as orações sempre foram o caminho e o meu encontro mais íntimo com Ele.

A minha avó Lindomar, por todo esforço e dedicação dado a mim, o exemplo de ser humano mais íntegro e lindo, em que me espelho, sinônimo de amor e cuidado, assim como, a toda a minha família, que são base e apoio.

Aos amigos, pela companhia, preocupação e amor, em especial as minhas colegas de curso, Danielle Moura, Ludmila Lins e Thayse Brandão, que dividiram comigo essa experiência rica da graduação, tornando essa vivência mais leve.

Aos professores do Departamento de Serviço Social, exemplos e inspirações de profissionais, particularmente as docentes que compõem a minha banca, Thereza Karla, Lucia Patriota e Socorro Pontes, por toda contribuição dada, não só nesse momento, mas em todo o meu trajeto acadêmico.

Agradeço a minha orientadora Socorro Pontes, que me acompanha desde minha inserção no estágio supervisionado obrigatório, grata pela paciência, colaboração, compreensão, assim como, pelas ricas discussões e leituras realizadas.

Ao longo do caminho dificuldades surgiam, mas a certeza de que não estou sozinha, me faz prosseguir e ter ânimo para conquistar novos objetivos. Gratidão!