



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
(ILAESP)**

**SERVIÇO SOCIAL**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA: O CASO DE FOZ DO IGUAÇU**

**WICTOR HUGO GABRIEL DA SILVA**

Foz do Iguaçu  
2026

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA: O CASO DE FOZ DO IGUAÇU**

**WICTOR HUGO GABRIEL DA SILVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Geusina da Silva

Foz do Iguaçu  
2026

WICTOR HUGO GABRIEL DA SILVA

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA: O CASO DE FOZ DO IGUAÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Maria Geusina da Silva  
UNILA

---

Profa. Dra. Juliana Domingues  
UNILA

---

Prof. Dr. Filipe Silva Neri  
UNILA

Foz do Iguaçu, 02 de julho de 2026.

## **AGRADECIMENTOS**

Início estes agradecimentos prestando a maior das homenagens à memória da minha mãe, do meu pai e das minhas tias (Luciani e Sueli). Mesmo que o plano físico não os permita estar aqui para celebrar comigo, sinto a presença e o amor de cada um em cada linha deste trabalho. Dedico o fruto do meu esforço a eles, convicto de que, onde quer que estejam, vibram e se orgulham da minha trajetória.

Agradeço ao meu irmão Ruan, que mesmo com seu jeitinho peculiar, em momento algum deixou de me incentivar e torcer por mim, bem como à minha tia Nanci.

Dedico parte deste momento à minha família que reside no Rio de Janeiro, mesmo tendo perdido o contato por quase 15 anos, em momento algum eles se esqueceram de mim e, após o nosso reencontro, sei que se emocionam e festejam o fim desse ciclo junto comigo.

Aos membros da banca examinadora, expresso meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade, pelo tempo dedicado à leitura atenta e pelas valiosas contribuições compartilhadas durante a avaliação deste trabalho.

À minha orientadora, Maria Geusina da Silva, expresso todo o meu amor e carinho. Foram anos de trabalho árduo para construir esse momento ímpar e, sem a qual, nada disso seria possível. Obrigado por ser essa “mãe” acadêmica que a vida me trouxe e por ser a minha principal inspiração e referência profissional.

Aos professores do corpo docente da graduação, que ao longo destes anos partilharam não apenas conteúdos, mas inquietações e reflexões profundas. E, em especial, à professora Juliana Domingues, por se fazer presente na minha trajetória acadêmica desde o início da graduação.

À minha supervisora de estágio obrigatório, Silvia Dias, pela generosidade com que me acolheu na sua rotina institucional. Minha profunda gratidão pela partilha de saberes, por me ensinar a decifrar os desafios do cotidiano e por demonstrar, na prática, o compromisso ético e técnico que a profissão exige. Sua orientação foi um pilar fundamental no meu processo de ensino-aprendizagem.

Aos trabalhadores da UBS AKLP, especialmente o Anderson, a Marta e a Thatiane, registro com muito carinho a receptividade que tive durante o meu processo de estágio obrigatório e agradeço de maneira especial o incentivo diário que me ajudou na conclusão dessa jornada.

Aos meus melhores amigos, Eduardo Tel, Eduarda Conti, Larissa Bach, Luiz Fernando, Maria Isabela, Osmar Tavares e Thomáz Vitor, vocês, sem sombra de

dúvidas, foram fundamentais para a conclusão dessa etapa. Os puxões de orelha, o amor e o carinho que vocês têm para comigo foram cruciais para essa conquista.

Aos queridos Amanda Silva e Filipe Neri que, desde meus primeiros passos na UNILA, foram minhas maiores referências de compromisso, dedicação e excelência acadêmica.

Às minhas companheiras de luta no Movimento Estudantil do Serviço Social, Beatriz Pescara, Cristine Bueno e Vitória Queiroz, mais do que parceiras de trincheira política, vocês foram fundamentais no meu processo de reconhecimento e fortalecimento enquanto estudante negro. Pela primeira vez, ao construir um espaço de partilha com amigas negras, pude compreender que nossas inquietações, dores e demandas não eram isoladas ou individuais, mas sim construções coletivas e estruturais. Obrigado por transformarem o afeto em resistência e por me mostrarem o verdadeiro sentido da organização popular.

Aos meus colegas do movimento estudantil, Henrique Buriti, José Leonardo e Luiz Guilherme, que dividiram comigo espaços de debate, deliberação e resistência. Vocês, assim como os outros já mencionados neste texto, foram fundamentais na pavimentação da minha história política dentro desta universidade.

Aos trabalhadores da UNILA, precisamente os servidores do ILAESP, deixo o meu profundo respeito pelo atendimento e serviços prestados. Um agradecimento especial ao Carlos, ao Jonatas e ao Nardeli por serem mais do que reforços institucionais, mas parceiros que, em momentos difíceis, demonstraram empatia e sensibilidade com as minhas demandas.

E por fim, mas não menos importante, gostaria de celebrar a mim mesmo, à UNILA e ao Serviço Social, pois foi a partir da junção desses que pude me reconhecer enquanto um homem negro e forjar um profissional eticamente capaz de compreender a totalidade da vida social.

## RESUMO

O presente estudo busca refletir o exercício profissional do assistente social no âmbito da Atenção Básica em Saúde (ABS), tomando como centralidade as expressões da "questão social" na determinação social do processo saúde-doença em contextos transfronteiriços. A investigação parte do entendimento de que a institucionalização da saúde como direito universal e a maturação do Projeto Ético-Político do Serviço Social são processos históricos paralelos e indissociáveis, hoje duplamente tensionados pela ofensiva neoliberal. Sob a prisma da austeridade fiscal — marcada pelo teto de gastos da Emenda Constitucional nº 95 —, assiste-se a uma contrarreforma da atenção básica que mercantiliza o cuidado, precariza os vínculos trabalhistas através da nova morfologia do trabalho e induz à fragmentação do território por meio de arranjos gerencialistas, como as equipes e-Multi. O objetivo geral centra-se em compreender a totalidade das demandas, contradições e desafios contemporâneos que se manifestam no cotidiano do exercício profissional dos assistentes sociais inseridos no primeiro nível de complexidade do SUS no município de Foz do Iguaçu. A metodologia escolhida assume uma abordagem qualitativa respaldada pelo método materialista-histórico-dialético, por meio de uma revisão bibliográfica e documental crítica. O documento abrange o arcabouço jurídico-normativo da política de saúde e da profissão, protocolos técnico-operativos municipais e os dados estatísticos do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2025. Os resultados revelam uma severa assimetria entre a expansão da estrutura física da rede municipal e o esvaziamento de recursos humanos, contando com apenas 6 assistentes sociais alocados na ABS local. Essa escassez crônica, associada às metas produtivistas e ao uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) pelas equipes e-Multi, resulta na imediatividade clínica em detrimento das ações coletivas de promoção da saúde, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, engessando a autonomia e o potencial politizante da categoria. Ademais, a imposição tecnocrática de barreiras burocráticas, como a exigência de comprovante de residência fixa, nega a dinâmica viva da Tríplice Fronteira, convertendo a universalidade constitucional do SUS em um direito restritivo e empurrando a população flutuante (turistas, brasiguaios, estudantes e migrantes) à clandestinidade institucional. Conclui-se que a superação das rotinas pragmáticas exige o adensamento das dimensões formativas (teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política) para a articulação de uma resposta profissional contra-hegemônica que recuse as requisições institucionais indevidas e resgate as bases da profissão na defesa intransigente da saúde como direito social inviolável e dever absoluto do Estado.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Atenção Básica em Saúde; Tríplice Fronteira.

## RESUMEN

El presente estudio busca reflexionar sobre el ejercicio profesional del trabajador social en el ámbito de la Atención Básica de Salud (ABS), tomando como centralidad las expresiones de la "cuestión social" en la determinación social del proceso salud-enfermedad en contextos transfronterizos. La investigación parte del entendimiento de que la institucionalización de la salud como derecho universal y la maduración del Proyecto Ético-Político del Trabajo Social son procesos históricos paralelos e indisolubles, hoy doblemente tensionados por la ofensiva neoliberal. Bajo el prisma de la austeridad fiscal —marcada por el techo de gastos de la Enmienda Constitucional nº 95—, se asiste a una contrarreforma de la atención básica que mercantiliza el cuidado, precariza los vínculos laborales a través de la nueva morfología del trabajo e induce a la fragmentación del territorio por medio de arreglos gerenciales, como los equipos e-Multi. El objetivo general se centra en comprender la totalidad de las demandas, contradicciones y desafíos contemporáneos que se manifiestan en el cotidiano del ejercicio profesional de los trabajadores sociales insertos en el primer nivel de complejidad del SUS en el municipio de Foz do Iguaçu. La metodología elegida asume un enfoque cualitativo respaldado por el método materialista-histórico-dialéctico, por medio de una revisión bibliográfica y documental crítica. El documento abarca el marco jurídico-normativo de la política de salud y de la profesión, protocolos técnico-operativos municipales y los datos estadísticos del Informe Anual de Gestión (RAG) de 2025. Los resultados revelan una severa asimetría entre la expansión de la estructura física de la red municipal y el vaciamiento de recursos humanos, contando con solo 6 trabajadores sociales asignados a la ABS local. Esta escasez crónica, asociada a las metas productivistas y al uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) por los equipos e-Multi, resulta en la inmediatez clínica en detrimento de las acciones colectivas de promoción de la salud, visitas domiciliarias y atenciones compartidas, enyesando la autonomía y el potencial politizante de la categoría. Además, la imposición tecnocrática de barreras burocráticas, como la exigencia de comprobante de residencia fija, niega la dinámica viva de la Triple Frontera, convirtiendo la universalidad constitucional del SUS en un derecho restrictivo y empujando a la población flotante (turistas, brasiguaios, estudiantes y migrantes) a la clandestinidad institucional. Se concluye que la superación de las rutinas pragmáticas exige la consolidación de las dimensiones formativas (teórico-metodológica, técnico-operativa y ético-política) para la articulación de una respuesta profesional contrahegemónica que rechace las demandas institucionales indebidas y rescate las bases de la profesión en la defensa intransigente de la salud como derecho social inviolable y deber absoluto del Estado.

**Palabras clave:** Trabajo Social; Atención Básica de Salud; Triple Frontera.

## ABSTRACT

The present study seeks to reflect on the professional practice of social workers within the scope of Primary Health Care (ABS), focusing on the expressions of the "social question" in the social determination of the health-disease process in cross-border contexts. The investigation stems from the understanding that the institutionalization of health as a universal right and the maturation of the Ethical-Political Project of Social Work are parallel and inseparable historical processes, currently doubly strained by the neoliberal offensive. Under the prism of fiscal austerity —marked by the spending ceiling of Constitutional Amendment No. 95—, there is a counter-reform of primary care that commodifies care, precarizes labor relations through the new morphology of work, and induces territory fragmentation through managerial arrangements, such as the e-Multi teams. The general objective focuses on understanding the totality of contemporary demands, contradictions, and challenges manifested in the daily work process of social workers inserted in the first level of complexity of the Unified Health System (SUS) in the municipality of Foz do Iguaçu. The chosen methodology assumes a qualitative approach backed by the historical-materialist-dialectical method, through a critical bibliographical and documentary review. The study encompasses the legal-normative framework of health policy and the profession, municipal technical-operative protocols, and statistical data from the 2025 Annual Management Report (RAG). The results reveal a severe asymmetry between the expansion of the municipal network's physical structure and the depletion of human resources, counting on only 6 social workers allocated to the local ABS. This chronic scarcity, associated with productivist goals and the use of Information and Communication Technologies (ICTs) by the e-Multi teams, results in clinical immediacy to the detriment of collective health promotion actions, home visits, and shared appointments, freezing the autonomy and politicizing potential of the category. Furthermore, the technocratic imposition of bureaucratic barriers, such as the requirement of proof of permanent residency, denies the living dynamics of the Triple Border, converting the constitutional universality of SUS into a restrictive right and pushing the floating population (tourists, "brasiguaios", students, and migrants) into institutional clandestinity. It is concluded that overcoming pragmatic routines requires the strengthening of the formative dimensions (theoretical-methodological, technical-operative, and ethical-political) for the articulation of a counter-hegemonic professional response that rejects undue institutional demands and reclaims the foundations of the profession in the uncompromising defense of health as an inviolable social right and an absolute duty of the State.

**Key words:** Social Work; Primary Health Care; Triple Border.

## LISTA DE QUADROS

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1</b> – Quadro de Atividades Profissionais da e-Multi ..... | 59 |
|-----------------------------------------------------------------------|----|

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                            | <b>10</b> |
| <b>2 SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL .....</b>                                                                                                | <b>13</b> |
| 2.1 A saúde como espaço sócio-ocupacional do Assistente Social no cena contemporânea                                                 | 13        |
| <b>3 A PORTA DE ENTRADA DO SUS: TRAJETÓRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>                                           | <b>28</b> |
| 3.1 Do papel à prática: O nascimento e a consolidação da Atenção Básica.....                                                         | 28        |
| 3.2 O trabalho do Assistente Social no "chão" da Atenção Básica: Inserção e particularidades.....                                    | 38        |
| <b>4 TENSÕES E DESAFIOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA REGIÃO DE FRONTEIRA: A ATENÇÃO BÁSICA EM DESTAQUE.....</b> | <b>49</b> |
| 4.1 A fronteira em destaque: Situando o município de Foz do Iguaçu.....                                                              | 49        |
| 4.2 O trabalho profissional na fronteira: Um resgate histórico recente.....                                                          | 52        |
| 4.3 Transformações no exercício profissional: A realidade contemporânea.....                                                         | 56        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                   | <b>63</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                              | <b>65</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                                   | <b>71</b> |
| <b>ANEXO A – PROTOCOLO DE LAQUEADURA (NÃO GESTANTES) E VASECTOMIAS ELETIVAS.....</b>                                                 | <b>71</b> |
| <b>ANEXO B – PROTOCOLO PROGRAMA DE OXIGÊNIO TERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.....</b>                                                   | <b>75</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto das inquietações e demandas que se materializaram durante o processo de estágio obrigatório do pesquisador e tem como base o seguinte problema de pesquisa “quais as contradições e desafios que se manifestam no exercício profissional dos assistentes sociais inseridos na atenção básica em saúde na fronteira iguaçuense?”. Para responder a essa questão norteadora optou-se por um percurso metodológico no qual a metodologia, segundo Minayo (2004, p.22) é compreendida enquanto "concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Posto isto, o estudo assume uma abordagem qualitativa respaldada pelo método materialista-histórico-dialético, esta escolha se justifica, pois como destaca a autora "a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas dos atores sociais, que lhe atribuem significados (Minayo, 2004, p.11)".

Sob essa perspectiva, a pesquisa utiliza-se da revisão bibliográfica crítica produzida pelo Serviço Social e pela Saúde Coletiva, e da análise documental para decifrar as mediações entre as determinações macroestruturais do capital e o cotidiano técnico-operativo local. O universo documental abrange as normativas federais (PNAB, Emenda Constitucional nº 95, e-Multi e outras), protocolos municipais e os dados estatísticos do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2025 de Foz do Iguaçu, apreendidos a partir de suas contradições constitutivas, com o objetivo geral de compreender a totalidade dos desafios e das demandas contemporâneas que tensionam o Serviço Social nessa região transfronteiriça.

Para apreender como esses elementos se configuram na atualidade, é necessário historicizar a inserção dos assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional, a política de saúde. A democratização da saúde como um direito social universal e de dever do Estado e a redemocratização do Serviço Social que conferiu uma maturidade intelectual à profissão e permitiu a construção de um projeto Ético-Político comprometido com a defesa intransigente dos direitos humanos, são processos paralelos e que nessa pesquisa, não podem ser apreciados de maneira isolada.

A saúde no Brasil se constitui como um direito social universal após um denso processo histórico de lutas do movimento da Reforma Sanitária (Cohn 1989; Fleury, 2009) que culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anteriormente, o acesso à saúde se constituía em ações preventivas com foco nas doenças transmissíveis ou a uma política previdenciária assistencialista restrita aos contribuintes e seus dependentes (Baptista, 2007). É a promulgação da Constituição Federal de 1988 – resultado das lutas antagônicas de diversos setores populares da sociedade civil – que transforma esse cenário e abre espaço para um sistema de saúde que tem como princípios doutrinários a universalidade, gratuidade e a integralidade. No entanto, esse terreno é dialeticamente marcado pelos avanços da agenda neoliberal que busca mercantilizar a proteção social e subordinar os direitos sociais à lógica da acumulação capitalista.

Em consonância com a reconfiguração do sistema de saúde, o Serviço Social brasileiro vivenciou um profundo processo de avaliação e ruptura com suas bases conservadoras e moralistas (Silva, 2012; Netto, 2015), as quais até meados da década 1970, circunscreviam a atuação profissional dos assistentes sociais a práticas puramente curativas, burocratizadas e assistencialistas (Bravo e Matos, 2006). O amadurecimento do Projeto Ético-Político da categoria na década de 1990 – materializado pela Lei 8.662/93, o Código de Ética de 1993 e as Diretrizes Curriculares de 1996 – consolidou a indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, elegendo a "questão social" (Faleiros, 1999; Iamamoto, 2001) como objeto central da intervenção profissional da categoria.

Nesse sentido, essa pesquisa toma as ramificações da "questão social" no processo de saúde-doença como ponto essencial de investigação, principalmente aquelas que se manifestam no processo de trabalho dos assistentes sociais na inseridos no primeiro nível de complexidade do SUS. Antes de se tornar uma política pública, a trajetória da atenção básica é marcada pela pressão dos organismos internacionais que apresentavam um modelo de atenção para os sistemas de saúde da América Latina fundamentado em um conceito de cestas de serviços seletivas, focalizadas e minimalistas denominada Atenção Primária em Saúde (APS). Sob essa afirmação, a escolha de delimitar a "porta de entrada" do SUS como Atenção Básica em Saúde (ABS) não ocorre de maneira abstrata, mas carrega em si a defesa de um formato universalista e contra-hegemônico que resguarda os princípios do SUS (Heimann e Mendonça, 2005; Giovanella 2018).

A constituição da ABS como uma política pública ocorre com a sua primeira formulação em 2006, que posteriormente é revisada em 2011 e 2017. Se por um lado a primeira versão estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante e prioritário para o reordenamento do primeiro nível de atenção do SUS e a segunda versão introduz a lógica da Rede de Atenção em Saúde (RAS) como forma de

fortalecer esse modelo de atenção e formaliza incorporação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2006; 2011), por outro lado, a última versão, promulgada num contexto de teto de gastos implementados pela Emenda Constitucional nº 95, rompe com a hegemonia da ESF ao propor a criação de novas equipes de saúde. Ademais, essa nova versão institui a flexibilização da jornada de trabalho e a lógica produtivista, abrindo precedentes para uma cesta de serviços seletivos que aumentam as disparidades regionais no acesso à saúde (Morosini, Fonseca e Lima 2018; Faria, 2020; Cislighi, 2021).

A inserção do Serviço Social na atenção básica acompanha as transformações que ocorrem no interior da política, o processo de municipalização da saúde que permite uma maior aproximação dos profissionais com os usuários do serviço, é a porta de entrada para inclusão dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do SUS. Todavia, inicialmente, a absorção desses profissionais é marcada por dificuldades, visto que estes não são inclusos a composição da ESF (Teixeira e Nunes, 2006). Frente a essa lacuna, a introdução da categoria na ABS ocorre por iniciativa dos gestores locais e se consolida formalmente com a criação do NASF em 2008, estratégia que incorporou o apoio matricial e a interdisciplinaridade como ferramentas para superar as práticas biologicistas centradas na doença, que descaracterizavam e desconsideravam as determinações sociais do processo de saúde-doença (Santos e Lanza, 2014; Souza, 2020).

Essa discussão inicial é o que fundamenta argumentação do último item dessa reflexão que tem como foco investigar e desvelar as mudanças ocorridas no exercício profissional do Serviço Social na fronteira iguaçuense, avaliando o cenário anterior a criação do NASF e a conjuntura atual. Para tanto, é indispensável compreender que o território fronteiriço é um espaço vivo e de múltiplos significados, que não se restringe às suas dimensões demográficas, mas possui particularidades socioterritoriais que moldam e transformam as relações sociais desenvolvidas nesse espaço. Ademais, este terreno é fortemente subordinado aos ditames do modo de produção capitalista que agudizam as expressões da "questão social" que se manifestam no território fronteiriço (Nogueira e Silva, 2009; Peiter, 2020). É sob essas engrenagens do capital que se localiza a cidade de Foz do Iguaçu, situada no extremo oeste do estado do Paraná e que possui um intenso fluxo de mobilidade urbana e, é igualmente caracterizada pela presença de uma população totalmente heterogênea definida por turistas, brasiguaios, estudantes e os moradores fixos da cidade.

Logo, é a partir da reflexão indissociável desses fatores que se torna possível desvelar os objetivos específicos dessa pesquisa, sendo estes: caracterizar a

saúde como um espaço sócio-ocupacional do Serviço Social; problematizar a constituição da atenção básica em saúde e a inserção da categoria nesse nível de complexidade do SUS; e investigar as transformações no exercício profissional do assistente social na fronteira iguaçuense, comparando o cenário anterior a criação do NASF com a conjuntura atual. Para operacionalizar esses objetivos e conferir densidade e organicidade ao texto, esta monografia encontra-se estruturada em três capítulos reflexivos: o primeiro, dedica-se a historicizar a trajetória da política de saúde no Brasil e a maturação crítica da profissão, situando a saúde como um dos mais expressivos espaços sócio-ocupacionais da categoria e analisando o embate entre o modelo curativo-previdenciário e a conquista do SUS; o segundo, debruça-se sobre a constituição da Atenção Básica em Saúde (ABS) em contraponto à lógica focalizada da Atenção Primária em Saúde (APS), problematizando as edições da PNAB (2006, 2011 e 2017) e a inserção sinuosa do assistente social no primeiro nível de complexidade do sistema; e por fim, o último capítulo adentra na particularidade socioterritorial de Foz do Iguaçu, confrontando o histórico recente do trabalho profissional com os dados estatísticos do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2025 para decifrar os rebatimentos da nova morfologia do trabalho e das barreiras institucionais na Tríplice Fronteira.

Por meio desse percurso metodológico, busca-se compreender a totalidade das contradições que tensionam o fazer profissional dos assistentes sociais inseridos na atenção básica do município de Foz do Iguaçu na contemporaneidade, visto que: os avanços do projeto mercantil sobre a política de saúde; as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e as próprias especificidades do território fronteiriço, pressionam o processo de trabalho do Serviço Social em todas as suas dimensões.

## 2 SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

### 2.1 - A saúde como espaço sócio-ocupacional do assistente social na cena contemporânea

Historicamente a saúde foi o maior agente empregador dos assistentes sociais até a primeira década do século XXI. O exercício profissional, no século XX, era fundamentado por referências conservadoras que referendavam um modelo curativo vinculado a uma abordagem individualista e moral. Nesta direção, no final da década de 1940, segundo Bravo e Matos (2006), a emergência de uma concepção de saúde focada nos aspectos psicossociais vai possibilitar a ampliação do quadro profissional na área, este movimento surge da preocupação dos organismos internacionais por conta da piora do estado de saúde da população, especialmente daquelas residentes de países periféricos.

Como consequência desse processo, algumas mudanças foram realizadas e dentre elas, cabe destacar o enfoque no trabalho composto por equipes multidisciplinares que possibilitou tanto uma ampliação na abordagem em saúde, a partir da introdução de conteúdos educativos e preventivos, quanto a contratação de profissionais de diversos níveis e áreas para suprir a falta de trabalhadores da saúde, entre outras melhorias (Bravo; Matos, 2006).

A década de 1950 é marcada por um forte processo de industrialização dos grandes centros urbanos do Brasil que, segundo a discussão realizada por Baptista (2007), passarão a ser polo central da economia brasileira, uma vez que o país sai de uma base econômica agroexportadora para a era industrial. A construção desta base econômica industrial cria um mercado de trabalho fabril que, segundo os apontamentos de Baptista (2007), gera um impacto direto no direito à saúde, visto que seu resultado é o crescimento contínuo e acelerado dos serviços de saúde. Considerando que o movimento industrial concebeu um volume de trabalhadores que deveriam ser incluídos na rede de serviços de saúde, este processo oportuniza a implementação do modo de convênios-empresas, que surge para suprir estas demandas.

A crítica de Cohn (2002, p.228-229) é excelente para analisar esse contexto, pois para a autora ao introduzir políticas de industrialização, o Estado brasileiro não apenas transformou o modelo de acumulação, mas provocou mudanças sociais que, ao acelerar o processo de urbanização trouxe “consigo um padrão de regulação social da relação capital/trabalho que associa política trabalhista, política sindical e política previdenciária”. Em sua análise, Cohn (2002) observa que a padronização dos benefícios sociais para apenas alguns grupos assalariados da classe urbana, firmada essencialmente

entre empregadores e empregados, é consequência deste processo.

Neste cenário, hospitais de grande porte surgirão, com tecnologias de ponta e a inclusão do método de especialização dos recursos humanos, o que consequentemente deixa a assistência médica mais custosa e vai colocar o hospital como o ponto referência de atendimentos. Outras mudanças importantes desse período são apontadas por Baptista (2007), como: a criação do Ministério da Saúde (1953) e a reestruturação dos serviços de manuseio das endemias no setor rural a partir da criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956), que propiciou um progresso nas formas de combate das doenças dessa natureza na área rural.

Ao mesmo tempo, a saúde integral não era um direito estendido a todos os cidadãos no Brasil. Naquela época, o acesso aos serviços de saúde se dividia de duas formas: de um lado uma política de saúde pública com foco nas doenças transmissíveis e do outro uma política previdenciária focada em um modelo assistencial curativista, restrita aos contribuintes e seus dependentes (Baptista, 2007).

Posto isto, Bravo e Matos (2006) destacam que a intervenção dos assistentes sociais neste cenário restringia-se a atendimentos hospitalares, mediando a relação das instituições e da comunidade. Para este propósito, a instrumentalidade dos profissionais era centrada na execução de encaminhamentos, triagens, plantão, concessão de benefícios e orientações previdenciárias.

A partir de então, a política de saúde poderia ser apreendida como um grande aparato do Estado, dado a sua expansão e consolidação como um conjunto produtivo através da construção de novos hospitais, postos de trabalho, ambulatórios, bem como a mobilização dos setores industriais, exemplo os de medicamentos e equipamentos, e entre outras mudanças que vão gerar uma maior captação de recursos obtidos deste novo sistema (Baptista, 2007).

Já na década de 1960, novas transformações serão instituídas no setor da saúde: a organização de um sistema sanitário focalizado em assistência médica, bem como o fortalecimento contínuo do setor privado e a cobertura mínima de uma parcela social na previdência, entre outras medidas. Para Baptista (2007), estas medidas são resultantes do golpe militar, de 1964, que culminou em uma nova estruturação do Estado brasileiro. Em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), este promoveu uma regularização nos antigos institutos de previdência, sobretudo, a respeito dos benefícios prestados.

Nesse novo cenário, a partir da unificação do sistema, parte da população

demonstrará grande insatisfação, pois a assistência dos institutos mais abastados passa a ser utilizada pelos contribuintes de menores valores que possuíam serviços precários, causando grandes filas, demora no atendimento e lotação dos hospitais. Outro aspecto central no estudo de Baptista (2007) reside na centralização decisória do Estado, que opera retirando os trabalhadores das instâncias deliberativas.

Assiste-se progressivamente à consolidação de um sistema de proteção social meritocrático, subordinado à lógica econômica. Para Cohn (2002) o fato do modelo previdenciário, âncora da rede de proteção, ser condicionado a dinâmica de valorização do capital, corrompe seu caráter de política social na medida em que este não se configura como um direito, mas sim como parte do processo de acumulação do modo de produção capitalista.

Paralelo a esses acontecimentos, a modernização conservadora que se instalou no país durante esse período, exigiu do Serviço Social uma reformulação frente às novas formas de contenção e opressão das classes subalternas, implementadas pelo Estado e pelo modo de produção capitalista, conforme evidenciado por Bravo e Matos (2006). Para os autores, as exigências postas por este contexto visavam uma prestação de serviços que fosse condizente a norma burocrática racionalista, sob este viés, a categoria foi integrada ao processo de desenvolvimento do país, fundamentada pelo estrutural-funcionalismo estadunidense, que não criticava a ordem político-econômica vigente, mas tinha o interesse de introduzir os profissionais numa moldura teórico-metodológica.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (Bravo; Matos, 2006, p.201).

Cabe enfatizar que, em pleno contexto ditatorial, Netto (2015) argumenta que o Serviço Social brasileiro encontrava-se imerso em um profundo processo de autoavaliação, engajado na redefinição da direção social da profissão. Havia grupos de profissionais produzindo referências diversificadas para balizar, fundamentar e orientar as ações técnicas, os questionamentos e indagações que se materializavam no interior do Serviço Social. Na primeira metade da década de 1960, conforme descrito por Netto (2015), emerge o Movimento de Reconceituação, caracterizado como um processo de revisão e autocrítica da profissão na América Latina, cujo objetivo centrava-se em como a categoria profissional poderia contribuir com a superação do subdesenvolvimento.

Embora este movimento tenha se desarticulado brevemente após o seu

surgimento, no Brasil, esse ímpeto questionador evoluiu para o processo de renovação da profissão. Longe de ser um bloco monolítico, a categoria profissional se dividiu em três direções distintas que buscavam por novos fundamentos teórico-metodológicos que orientassem o exercício profissional do assistente social. Netto (2015) ao discutir este processo enfatiza que o Serviço Social buscou por referenciais capazes de apreender – nas suas dimensões micro e macrosocietárias – a complexidade das relações e da realidade social brasileiro, resultando na cristalização da: Modernização Conservadora, Reatualização do Conservadorismo e o Projeto de Intenção de Ruptura.

No contexto da saúde, estas transformações, se fizeram presente através da incorporação de conteúdos da vertente modernização conservadora, que subsidiavam o agir profissional a partir de práticas fundadas meramente na assistência curativa por meio de intervenções burocratizadas e psicologizadas, mantendo e dissociando o processo saúde-doença do quadro macrosocietário. Na segunda metade da década de 1970, observa-se no interior da profissão o amadurecimento da perspectiva denominada de Intenção de Ruptura, cujos fundamentos estavam vinculados à tradição marxista. Esta direção busca associar o exercício profissional aos processos sociais da complexa e dinâmica sociedade capitalista contemporânea, enquanto condição e parte integrante da intervenção profissional (Silva, 2012, p.116).

Com a chegada da década de 1970, o poder público se consolidou como maior consumidor de serviços de saúde da iniciativa privada. Ao mesmo tempo, trabalhadores rurais, domésticos e autônomos são incluídos no sistema previdenciário mediante a uma recomendação do INPS. Contudo, Cohn (2002, p.230) aponta que a assistência era prestada essencialmente para os trabalhadores assalariados urbanos e que, o Estado regulamentava os “direitos sociais sem praticamente onerar os recursos fiscais na medida em que a principal fonte de recursos para o seguro social provém de um percentual sobre a massa salarial”. Na mesma direção analítica, Baptista (2007) demonstra que o fortalecimento do setor privado ocasionou em um aumento drástico dos gastos em saúde, fomentando ainda mais a consolidação do complexo médico-industrial e a ascensão concentrada no atendimento hospitalar. Soma-se a estes acontecimentos as iniquidades em saúde, pois política de saúde encontrava-se atrelada ao INPS e que somente prestava serviços àqueles que comprovassem seu vínculo com o instituto.

No mesmo período, Cohn (2002) e Baptista (2007) concordam que é a insurgência de forças sociais responsáveis por contestar as formas de acesso à saúde e pressionar o Estado por reformas estruturais no setor da saúde. Em decorrência, algumas mudanças são realizadas, tais como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que eram responsáveis pela organização dos recursos e programas dos ministérios ligados ao setor social; a constituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, que foi o primeiro

sistema sanitário nacional; a fundação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, que promoveu interligação da saúde, assistência e previdência social através do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), entre outras ações.

Em contraposição, Cohn (2002) é sistemática pontuando a cristalização da mercantilização da saúde nesse período, a autora salienta que ao promover um crescimento econômico sem a distribuição de renda, o Estado aprofundou o fosso da desigualdade na medida em que optou por uma estratégia que priorizava financiamento do setor privado de saúde em detrimento das necessidades da população. É no bojo deste processo que Baptista (2007) ratifica a crítica de Cohn (2002) ao descrever que o conjunto de medidas, anteriormente citadas, implementadas se materializam sob um conflito de interesses de classes. Se por um lado estas medidas ocasionaram na formação de algumas políticas de saúde mais abrangentes, por outro a concepção de saúde mantinha-se vinculada aos ditames do regime autocrata. Destaca-se que, a expansão de alguns serviços prestados é fruto da insatisfação popular frente às imposições do Estado burguês.

É em meio ao esgotamento do regime militar e à crise do chamado “milagre econômico”, no final da década de 1970, que a emergência dos setores populares conferiu um novo fôlego ao debate sobre a saúde no Brasil. O projeto da Reforma Sanitária consolida-se como movimento político que se inscreve na luta pela democratização do país. Para Cohn (1989) e Fleury (2009) este movimento – construído em conjunto pelos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, intelectuais da área, estudantes, sociedade civil e outros – não se restringe a mudanças técnicas no campo da medicina, mas se circunscreve como um direito primordial na garantia da reprodução da vida social.

Impõe-se, assim, que se explicitem e enfrentem os dois termos da expressão Reforma Sanitária: o político e o técnico, sem uma concepção dualista de oposição ou mesmo de negação entre ambos. Mais do que uma expressão, os dois termos compõem as dimensões essenciais do “movimento da Reforma”, que demanda ser transformado num processo efetivo envolvendo as diferentes forças sociais na luta pela democratização da saúde e da sociedade (Cohn, 1989, p.139).

A saúde, ao ser absorvida pelos imperativos de capital, transcende a sua dimensão epistemológica. Isto é, Cohn (1989) e Fleury (2009) são precisas quando articulam o movimento sanitário ao processo das lutas classes, pois as relações sociais no modo de produção capitalista sistematiza a sociedade em esferas de produção e reprodução da vida social, logo, os indivíduos nelas inseridos, experienciam diferentes formas de adoecer, morrer e/ou estar saudável, visto que lógica de acumulação impõe um desgaste desigual aos corpos dos trabalhadores, convertendo a própria saúde em mercadoria e a doença em fonte de lucro.

A década de 1980 é marcada pela queda do governo ditatorial, em 1985, dando início ao período de democratização do país. Este fato coaduna com outros processos importantes que provocam mudanças significativas na intervenção profissional do assistente social na política de saúde (e fora dela) e no interior da própria política.

Netto (2015), afirma que a intenção de ruptura do Serviço Social no Brasil decorre da articulação da profissão com os processos de redemocratização da sociedade, movimento que impulsionou a laicização profissional e o afastamento do viés conservador, aproximando consequentemente a categoria dos movimentos sociais e do proletariado em uma nova ambiência cultural e ideológica.

[...] a denúncia do conservadorismo do Serviço Social não surgiu repentinamente – na verdade, desde a segunda metade dos anos sessenta (quando o Movimento de Reconceitualização, que fez estremecer o Serviço Social na América Latina, deu seus primeiros passos), aquele conservadorismo já era objeto de problematização. O trânsito dos anos setenta aos oitenta, porém, situou esta problematização num nível diferente na escala em que coincidiu com a crise da ditadura brasileira, exercida, desde 1º de abril de 1964, por uma tecnoburocracia civil sob tutela militar a serviço do grande capital (Netto, 2006, p.9).

O movimento sanitário, como indicado anteriormente, buscava mais do que reconceituar as práticas médicas. Este movimento, ao propor uma abordagem ontológica da saúde, calcada no método materialista-histórico-dialético, ultrapassou crítica técnica da prática biológica para se construir como um projeto contra-hegemônico, visando a construção de sistema de saúde universal em oposição à lógica mercantilista daquele período (Cohn, 2002; Fleury, 2009).

Em 1986, por um chamamento do Ministério da Saúde, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que reuniu diversas instituições e atores políticos e sociais do setor da saúde, totalizando mais de 4.000 mil participantes. A relatoria final é fruto de uma discussão que se estendeu durante três dias, sendo estas organizadas em três eixos principais: saúde como um direito, reconstrução do SNS e financiamento da política de saúde.

A saúde, nesse contexto, é apreendida como um complexo social que influencia e é influenciada pelas condições de vida e de trabalho, possuindo determinantes e condicionantes engendrados pelas relações sociais de produção, ou seja, a inserção do indivíduo no mundo do trabalho tem forte influência nas formas de estar saudável, adoecer e morrer. Logo, a definição de saúde não é subjetiva, pois materializa-se na realidade histórica e concreta de determinada sociedade e se inscreve nas lutas antagônicas como um direito a ser reivindicado cotidianamente. O direito à saúde potencializa, na prática, o aperfeiçoamento humano em sua singularidade, mediante a garantia e acesso universal

aos serviços de promoção, proteção e recuperação em saúde (Brasil, 1986).

A relatoria da VIII CNS é incisiva a respeito da responsabilização do Estado e de como este deve assumir a incumbência de coadunar a saúde com as outras políticas econômicas e sociais e promover meios para sua execução. Ademais, o texto evidencia a necessidade da “criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente a saúde da previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (Brasil, 1986, p.10)”, e que se alicerce sob princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação popular.

O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob o controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas em saúde. A estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde. [...] o tema descentralização tende a emergir nas conjunturas de transição e consolidação democráticas [...]. O que se busca, com a descentralização, é não só maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente, a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim como uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder (Cohn, 2002, p.233).

Essa discussão conclui que a nova organização da política de saúde necessita possuir um financiamento social que abranja os fundos concedidos às políticas sociais dos diferentes ministérios, como também a construção de fundos de saúde – que serão gerenciados pelos órgãos públicos e sociedade civil – nas três esferas: federal, estadual e municipal (Brasil, 1986). De fato, a VIII CNS representa um divisor de águas na história da sociedade e da saúde pública brasileira, ao destacar não apenas um novo conceito de saúde a ser adotado, mas por promover um debate que insere o próprio usuário na tomada de decisões.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 marca a institucionalização dos direitos sociais, registrando-se como um marco democrático na história brasileira, resultado das reivindicações históricas dos movimentos sociais frente às violações vivenciadas pela população durante todo o período ditatorial. O texto legislativo em seu art. 194 caracteriza a saúde como um dos tripés da seguridade social, intercalando-a com a assistência e a previdência social, e compreendendo-as enquanto um conjunto ações integradas do Poder Público e da sociedade civil (Brasil, 1988). Para além do art. 194, a Constituição de 1988 reconhece algumas das demandas apresentadas pelo movimento sanitário na VIII CNS, cabendo aqui ressaltar, a estruturação da saúde enquanto um direito social universal e de dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS inscreve-se como um dos maiores sistemas de saúde da história da humanidade até o presente momento, este sistema se fundamenta sob o princípio da universalidade dos serviços. Suas diretrizes se caracterizam pelo atendimento integral e a descentralização dos serviços, bem como: a autonomia dos usuários; igualdade de assistência em saúde; direito à informação; participação da comunidade; integralidade da assistência prestada em todos os níveis; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, entre outros. Estas conquistas são fruto de um processo histórico de lutas e pressão popular que resultam na criação de um sistema de saúde universal à população brasileira (Brasil, 1990).

É fundamental destacar que os princípios inscritos no Código de Ética de 1993 não apenas coexistem, mas encontram-se em profunda sintonia com as diretrizes do SUS. Ao defender a equidade, a universalidade do acesso e a gestão democrática, o projeto ético-político do Serviço Social reafirma as conquistas da Reforma Sanitária, estabelecendo uma base normativa que convoca o profissional a atuar na defesa intransigente da saúde como direito de cidadania e dever do Estado (CFESS, 1993).

A demarcação da saúde como direito social universal, a implementação do SUS, os avanços e transformações no interior da categoria profissional são fatores essenciais que geram um novo olhar institucional a respeito da intervenção e a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde. Todavia, o processo de institucionalização do SUS passa por grandes dificuldades com os avanços do neoliberalismo no início da década de 1990. Ao propor uma reconfiguração do papel do Estado frente as políticas sociais, o projeto neoliberal institui “propostas” visando a ação mínima da máquina pública. Para Behring e Boschetti (2017) a narrativa da crise fiscal fundamentou o ajuste restritivo dos gastos, metamorfoseando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias de alívio da pobreza, alicerçadas na tríade da privatização, focalização e descentralização.

Nos anos 1990, o Serviço Social ainda mantém uma intervenção tímida e pouco inovadora na área da saúde, mesmo apresentando princípios ético-políticos em consonância com os do SUS, embora esta área fosse ainda contabilizada como a mais expressiva no emprego da mão de obra profissional. Tal situação se explica na medida em que houve uma preocupação com a qualificação e os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos da profissão. Se, de um lado, esta preocupação desvinculou o Serviço Social da luta pela reforma sanitária, de outro, na maioria intelectual, com um acervo teórico consolidado e já conquistado, apresentava as condições para propiciar esta articulação, oferecendo significativas contribuições para ampliar a garantia do direito à saúde (Silva, 2012, p.118).

O movimento sanitaria reconhece a saúde como um produto social e que é igualmente resultante de um conjunto de direitos sociais que se materializam na vida cotidiana. Sob este prisma, Silva (2012) aponta que este novo olhar originou a necessidade

de uma nova cultura nas intervenções na área da saúde, abrindo espaço para os assistentes sociais reverem e alterarem sua vinculação com esse campo.

Ainda que a Lei 8.080/90 reconheça a determinação social da saúde, o governo Collor, promoveu vetos na Lei que fazia alinhamentos essenciais referentes a democratização e descentralização da saúde. Este processo se daria mediante a criação de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada com comando único em cada esfera do governo, trazendo à tona a municipalização da saúde, com a transferências de recursos aos fundos estaduais e municipais de saúde e a participação da população na construção continuada do SUS através das Conferências e Conselhos de saúde. Não obstante, Cohn (1994, p.7) sustenta que “os bloqueios e limites postos ao processo de descentralização restringem sua efetivação como processo democratizante”.

O VII Encontro Nacional de Secretários Municipal de Saúde (CONASEMS) realizado em Fortaleza-CE de 9 a 13 de dezembro de 1990, teve a presença do então Ministro da Saúde, Alcení Guerra, que ademais de admitir que os vetos da Lei 8.080/90 foram sancionados por pressões das instâncias econômicas, ratificou os protestos do movimento sanitário e atores políticos da sociedade civil, ocasionando na institucionalização da Lei 8.142/90 que dispõe dos vetos da Lei 8.080/90.

Se por um lado, os movimentos sociais que lutavam pelo reconhecimento da saúde enquanto um direito universal e sua efetiva democratização acumulavam vitórias no cenário jurídico-político, o avanço do neoliberalismo colocava em xeque suas conquistas, elevando a máxima potência da precarização intencional da rede de serviços de saúde, favorecendo a expansão do mercado de planos e seguros de saúde, evidenciando o mix público e privado via terceirização. Em sua análise, Cohn (1994) desvela que esta dinâmica se sustenta em um processo marcado pela concentração decisória e pela primazia da lógica fiscal, que subordina as demandas sociais ao ajuste de contas.

Ainda na década de 1990, após juridificação da saúde estabelecida pela Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, regulamentações citadas anteriormente, efetivamente demonstrou-se a necessidade da descentralização política, administrativa e financeira do SUS e como resultado deste processo, buscando o aprimorando e a reorganização dos serviços, o Ministério da Saúde em 1994, lançou o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF tem como eixo basilar “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 2001, p.5)”, por meio de uma equipe multidisciplinar

composta por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

A implementação do programa viabilizou uma visão ampliada do processo de saúde-doença, descentralizando a assistência que estava concentrada no modelo tradicional de cura realizado dentro dos hospitais, promovendo uma reestruturação nas formas de intervenção no setor da saúde, uma vez que dentro desse contexto, a família é concebida e compreendida em decorrência do seu espaço físico e social, e este entendimento, em tese, vai articular-se a novas maneiras de prestar assistência (Brasil, 2001).

Subsequentemente, em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS/96) – que prevê a gestão plena de atenção básica e do próprio sistema – constitui-se como um fator essencial para ampliação e consolidação da municipalização do SUS, em razão da sua principal funcionalidade ser “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Brasil, p.6, 1997)”. Em virtude disso, “o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (Brasil, p.6, 1997)”.

É imperativo refletir que este processo não é linear, na medida em que os repasses federais e estaduais são definidos por produção de procedimentos. Assim, constata-se um descompasso entre: o aumento da oferta dos serviços públicos de saúde e a qualidade e acesso a estes serviços. Há uma clara subsunção da democratização à saúde à lógica de produtividade do capital, pois Cohn (1994) é inequívoca ao criticar que este padrão se sobrepõe à dimensão democrática. No mesmo raciocínio, Campos (2007) aponta que a transferência de atribuições para o município ocorre de maneira desigual, visto que contribui para o aprofundamento das assimetrias regionais no direito à saúde.

Logo, é necessário sublinhar que a trajetória da saúde no Brasil contemporâneo configura-se como um processo multifacetado, que possui determinações históricas, econômicas, sociais e culturais concretas, intrínsecas à concepção evocada pelo movimento da Reforma Sanitária. Em outras palavras, no momento em que a saúde se consubstancia como um produto social, materializa-se o embate concreto entre dois projetos societários dissonantes. É nesse terreno dialético que a municipalização da saúde se constitui como um aspecto indissociável da aproximação e inserção de várias categorias no âmbito municipal do SUS, incluindo o Serviço Social. A rigor, é este movimento repleto

de contradições, que viabiliza a proximidade da atuação profissional junto aos usuários da rede e possibilita a sua inclusão na gestão desses serviços, agora sob uma nova perspectiva de intervenção.

Desde o final dos anos 1990, os assistentes sociais não têm medido esforços para a superação do atraso histórico de inserção e contribuição no fortalecimento do projeto de reforma sanitária e, consequentemente, da saúde, enquanto um direito público universal. Tal possibilidade tem se alargado à medida que os defensores deste projeto vêm lutando incansavelmente para materializar o art.198 da Constituição Federal de 1988, que anuncia a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro (Silva, 2012, p.119).

Assiste-se, nesse processo de municipalização que materializa a descentralização das políticas sociais – pós constituinte e redemocratização do Estado brasileiro – a interiorização do Serviço Social. Tal narrativa abre um vasto campo de trabalho para várias categorias profissionais que compõe o rol de trabalhadores da saúde. Essa iniciativa que promoveu a introdução em larga escala dos assistentes sociais nas cidades de interior vai gerar um extenso leque de trabalho à categoria, o que segundo Andrade (2021) requisitou a abertura de novas escolas e abriu caminhos à interiorização do processo de formação profissional.

Para Andrade (2021), ainda que este caminho seja sinuoso, pois ele igualmente é acompanhado por inflexões do neoliberalismo que impõe a racionalidade das políticas sociais, a interiorização das instituições públicas de ensino representam uma vitória crucial à categoria, pois estas se alinham aos organismos normativos e ao compromisso de proporcionar uma formação de qualidade e de caráter crítico para os novos assistentes sociais. Ademais, Andrade (2021) ressalta que ao passo que este terreno é demarcado pela mercantilização da educação profissional, ele também permite o enriquecimento do arcabouço teórico do Serviço Social, pois viabiliza a construção de produções científicas focadas nas peculiaridades desses territórios que careciam de intervenções especializadas.

Longe de ser um fato isolado, e por isso merece seu devido destaque, no decorrer do debate acerca da constituição da política de saúde enquanto um espaço sócio ocupacional no Brasil contemporâneo, Bravo e Matos (2006) discutem que o Serviço Social não se vinculou aos movimentos sociais mais gerais da sociedade, como o da Reforma Sanitária que buscava pela democratização do acesso à saúde, visto que a categoria profissional estava imersa em um processo de inflexão crítica que denunciava as bases conservadoras que a sustentavam. Ainda que estes dois eixos sejam inerentes à revisão da intervenção profissional do assistente social dentro da política de saúde, é preciso

ênfatizar que estes não são processos que ocorreram de forma conjunta.

Ao esclarecer que o Serviço Social nesse ínterim se preocupou única e exclusivamente com a reavaliação dos seus instrumentos jurídicos-normativos – processo necessário e imprescindível à construção de um novo projeto profissional da categoria – Bravo e Matos (2006) evidenciam o referencial teórico-metodológicos, influenciado pelas perspectivas norte americana, não possibilitava aos profissionais da categoria uma leitura crítica da realidade social na qual os assistentes sociais atuavam.

Em razão disso, a inserção dos assistentes sociais na política de saúde, a partir da década de 1990, comporta os efeitos dos projetos – privatista e reformista – em disputa no âmbito da saúde. A aproximação da profissão a uma vertente social crítica, foi protagonizado em sua grande maioria por profissionais de dentro das universidades que pouco possuíam experiências nas práticas interventivas junto às políticas sociais (Bravo; Matos, 2006). Entretanto, Iamamoto (2000) reafirma que foi essa proximidade que possibilitou a elaboração de referenciais teóricos que fundamentavam a atuação da categoria profissional a partir de um olhar mais crítico e aguçado da realidade social brasileira.

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 - o maior campo de trabalho (Bravo; Matos, 2006, p.204).

Até a primeira metade da primeira década do século XXI, 2005, a política de saúde ainda se constituía enquanto o maior agente empregador de assistentes sociais em território nacional. Entretanto, este cenário sofreu modificações durante a aprovação e institucionalização da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e a consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que percorrem o mesmo processo de descentralização e municipalização político, administrativo e financeiro que o SUS. Em decorrência disso, a assistência social em pouco menos de uma década passa a contabilizar o maior contingente de trabalhadores da categoria.

As transformações em curso na política de saúde com o advento do SUS, tensionaram a atuação do assistente social nesse campo, desafiando e requisitando um reordenamento da intervenção profissional nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Dessa forma, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010, no uso de suas atribuições, construiu o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. O manuscrito é fruto de um estudo coletivo do Grupo de Trabalho

Serviço Social e Saúde, instituído em 2008 pelo CFESS e que tinha como finalidade produzir um documento que subsidiasse a prática profissional dos assistentes sociais no âmbito da saúde.

Nesse sentido, este documento busca responder as indagações e "demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais (CFESS, p. 12, 2010)", promovendo a partir dele, uma melhor compreensão da totalidade dos processos de trabalho que se relacionam com a intervenção profissional do assistente social dentro da política de saúde (CFESS, 2010).

A construção deste documento se faz intrínseco às disputadas que se materializam, através dos dois projetos de classe divergentes, na política saúde. De um lado, o projeto privatista que requer assistentes sociais que atuem por meio de "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 (CFESS, p.26, 2010)", ou seja, demanda de um profissional alinhado à lógica neoliberal de racionalização das políticas sociais e pulverização dos direitos sociais.

Por outro lado, o projeto sanitarista coloca como demandas do Serviço Social: a defesa e efetivação da democratização do acesso universal aos serviços do SUS em todas as suas modalidades; a equidade e integralidade no atendimento, primando sempre pela gratuidade do serviço; a implementação de táticas que aproximem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a realidade concreta dos seus usuários; o trabalho interdisciplinar em conjunto de outros profissionais da rede de serviços com vistas em abordagens coletivas, e o incentivo da participação popular nos Conselhos e Conferências de saúde (CFESS, 2010). Em consequência disso, o documento organizado pelo CFESS é imprescindível, visto que soma-se a Lei 8.662/93 – que dispõe sobre a regulamentação da profissão do assistente social no território brasileiro – e o Código de Ética de 1993, representando o arcabouço jurídico-normativo que baliza o exercício profissional do assistente social nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

A criação dos parâmetros, representa um grande avanço para o Serviço Social que carecia de um instrumento, que não apenas nortearia a intervenção profissional do assistente social, mas também reconhecesse as particularidades do seu processo de trabalho na saúde. Como resultado, caracteriza-se como irá se concretizar o exercício profissional nos diferentes níveis de complexidade do SUS, incluindo a Atenção Básica em

Saúde (ABS) que é o recorte desta pesquisa.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] exigiu dos assistentes sociais novos saberes e novas práticas para responder de forma competente as demandas dos usuários [...] A inserção profissional [...] em equipes multiprofissionais ligadas à estratégia da saúde da família [...] demandou um esforço analítico para qualificar teoricamente as respostas oferecidas (Nogueira, 2011, p.47-48).

Para responder a tais demandas e construir ações eficientes no âmbito da saúde, Nogueira (2011) e Silva (2012) sublinham que o assistente social precisa transcender a execução de tarefas rotineiras. Dito de outro modo, as autoras concordam que apropriação da dimensão social da saúde, isto é, as expressões da questão social que incidem no processo de saúde-doença, é condição fundamental para que o fazer profissional supere a lógica imediatista. Em consonância, Campos (2012) ao tratar do trabalho interdisciplinar na saúde, ainda que não mencione diretamente o Serviço Social, é enfático ao dizer que a introdução destas novas equipes deve superar o viés da neutralidade. Em síntese, há um consenso entre os autores de que a atuação profissional passa, necessariamente, pelo enfrentamento dos desafios postos pela consolidação do SUS, ou seja, o processo de trabalho em saúde é inseparável do embate dos projetos societários – mercantil e democrático – materializados na política de saúde.

É justamente nesse contexto de descentralização e necessidade do reordenamento da rede municipal que, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é formalizada, por meio da publicação da Portaria nº648/GM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008 e oficializado pela Portaria nº154/GM, é mais que uma extensão que visava auxiliar a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. Trata-se de uma estratégia “inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (Brasil, p.10, 2010)”.

A metodologia de trabalho do NASF é calcada no apoio matricial, conceito proposto por Campos e Domitti (2007) que se fundamenta na construção de uma equipe interdisciplinar especializada, composta de diferentes profissionais de saúde (psicólogos, assistentes sociais, dentistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, etc.), que tem por objetivo qualificar o olhar sobre o processo de saúde-doença, inserindo saberes que transcendam a visão epidemiológica de saúde. Para os autores, o matriciamento rompe com lógica hierárquica dos sistemas de saúde, ao propor um espaço de trabalho integrado e coletivo, estruturado em modelo de cogestão. Em outros termos, a inclusão dessas categorias no cotidiano das equipes de referência não atende os ditames corporativos, mas

os inclui de maneira concreta na formulação de novas práticas em saúde.

À vista disso, a composição das equipes NASF requer profissionais que possuam além de conhecimentos técnicos, exige responsabilidades e habilidades no desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares visando a “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, p. 11, 2010)”. Simplificando, carece de um profissional que apreenda, criticamente, a saúde como um complexo social que possui múltiplas determinações sociais histórico-concretas estabelecidos pela dinâmica das relações sociais de produção na sociabilidade do capital.

A compreensão acerca da implantação do NASF e suas diretrizes, atribuições e funcionalidades é imprescindível para compreender o seu papel na política de saúde e a intervenção do assistente social neste espaço, visto que, a inserção deste profissional junto a este programa requer o entendimento “dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões (CFESS, p.28, 2010)”. Nesse sentido, fica evidente que a atenção básica demanda de um profissional especializado, que possui um olhar crítico e aguçado, e que seja capaz “nas manifestações mais contundentes da questão social, tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais de distintos segmentos das classes subalternas em suas relações com o bloco do poder (Iamamoto, p.5, 2009)”.

Partindo da exposição que se suscitou até esta parte do texto e buscando aprofundar a discussão em torno da particularidade dos processos de trabalho do assistente social, na área da saúde, mais especificamente no interior da atenção básica que, como já mencionado, é o recorte desta pesquisa. No próximo item, serão investigadas as peculiaridades, tensões e desafios que se colocam no cotidiano do Serviço Social dentro desse espaço sócio-ocupacional.

### **3 A PORTA DE ENTRADA DO SUS: TRAJETÓRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E DO SERVIÇO SOCIAL**

#### **3.1 Do papel à prática: O nascimento e a consolidação da Atenção Básica**

A atenção básica, por representar o primeiro nível de complexidade do SUS, evidencia as tensões e desafios que se colocam frente à efetivação de uma política de saúde pública, pautada na integralidade e universalidade. Por esta razão, em determinados momentos, o Ministério da Saúde buscou priorizar a ABS alterando o seu financiamento dentro do sistema de saúde, a fim de garantir uma “concepção estratégica de reorientação do modelo de atenção operacionalizada por instrumentos normativos que visaram à sua organização, à sua expansão e ao seu financiamento dentro do sistema público (Heimann; Mendonça, 2005, p.549).” Segundo as autoras, tais fatores tencionaram a gestão federal a planejar e organizar um sistema e uma rede de serviços capaz de responder às demandas materializadas no cotidiano da população brasileira, e que são inerentes às formas de viver, adoecer, morrer e/ou estar saudável desta população.

Sob este prisma, a investigação a respeito da trajetória histórica da ABS neste período mais recente, implica, antes de mais nada, compreender as mudanças promovidas pela agenda neoliberal dentro das políticas sociais e neste caso específico, aquelas que ocorrem no interior da política de saúde. Este panorama estrutura-se sob um campo de lutas antagônicas por projetos societários divergentes e que se desdobra em duas dimensões fundamentais à apreensão da totalidade da concepção do processo de saúde-doença no Brasil.

No plano global, apresenta-se um conceito que reformula a prestação dos serviços oferecidos no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. Ao analisar este processo, Heimann e Mendonça (2005) destacam que é a partir da racionalização da política de saúde e de uma reestruturação da proteção social em saúde que emerge a Atenção Primária em Saúde (APS). A ideia da APS é impulsionada pelas entidades internacionais e num primeiro momento constitui-se enquanto uma concepção de redução de gastos hospitalares, mas que, para Heimann e Mendonça (2005) e Giovanella (2018), se expande em uma visão interventiva de forma segmentada, focalizada e não integral, colocando o Estado como um mero financiador de serviços complementares.

A APS é uma estratégia que possui características que se traduzem na contenção da introdução de novos serviços e tecnologias no setor da saúde, bem como na aposta da eficácia de outros órgãos sociais para suprir seus serviços básicos. As

contribuições de Heimann e Mendonça (2005) e Giovanella (2018), ressaltam a lógica das ações segregadas a grupos vulnerabilizados que não possuíam recursos para arcar com serviços de saúde particulares, fomentando a concepção de uma “medicina para pobres”. Na década de 1990, esta direção será referência para construção de sistemas nacionais de saúde, especialmente em países da América Latina.

Em razão da legitimação do predominante alinhamento, ao projeto neoliberal que mercantiliza a política de saúde, dentro do território latino-americano, “a operacionalização do SUS passa a se configurar como um projeto de contrarreforma (Heimann; Mendonça, 2005, p.553).” As contrarreformas do Estado neoliberalista fundamentam-se como uma das principais armas do capital no seu estágio atual, seu foco, nas observações de Behring e Boschetti (2017), é adaptar a gestão as políticas públicas e sociais às necessidades de produção do modo de produção capitalista em tempos de crise.

Tais elementos reforçam o caráter rigoroso do posicionamento do movimento sanitário na luta por um projeto societário que caracteriza saúde como direito universal ancorada nos princípios universalidade, integralidade e controle social, e sua recusa sistêmica da transformação da saúde em mercadoria. Como consequência, a gestão federal reconhece a importância do primeiro nível atenção à saúde, e o caracteriza como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1999, p.9).”

O destaque para distinção entre as concepções de APS e ABS, se faz necessário pois estas diferenças estão para além das nomenclaturas que as diferem. O Brasil, pressionado por um coletivo que luta continuamente pela democratização do acesso à saúde, ao denominar o primeiro nível complexidade do SUS como “Atenção Básica em Saúde” expressa uma dissonância à lógica focalizada adotada no conceito de “Atenção Primária em Saúde”. A escolha política adotada não pode ser despreendida do contexto histórico que a situa, Giovanella (2018) ressalta que a utilização do termo é em face ao reducionismo embutido no projeto da APS que foi idealizada e amplamente divulgada pelos organismos internacionais. A autora cita que, este modelo de atenção se ampara sob uma dinâmica seletiva onde a universalidade vira sinônimo de cobertura financeira, evidenciando a aproximação do conteúdo ao projeto privatista que caracteriza a saúde como mercadoria.

Em resumo, a escolha em utilizar o conceito de ABS para categorizar a porta de entrada no SUS nesta pesquisa, não se faz por acaso. Esta escolha, possui em

sua essência, a defesa intransigente de um modelo de saúde alinhado aos princípios do movimento sanitário. Associado a este fator, o pesquisador deste trabalho é formando em Serviço Social e reitera Projeto Ético-Político da profissão, bem como o projeto societário que visa não apenas a superação das amarras do capital, mas compreende a saúde enquanto um produto social passível de múltiplas determinações e por isto, defende-a como um direito social universal.

Os rumos que SUS vai tomar a partir da década de 1990, em grande parte, são definidos pelas NOB – principais pautas da IX, X e XI CNS – que são as responsáveis pela expansão e descentralização dos serviços de saúde, como mencionado no capítulo anterior. Esse processo apresenta aspectos importantes se caracterizam em função da ampliação dos serviços de atenção básica, principalmente, conforme apontado por Heimann e Mendonça (2005), nas regiões interioranas do país onde parte dos serviços de saúde era precário ou quase inexistente.

Em contraste, Cohn (1994) é firme em seu posicionamento a respeito da falta de transparência nesse processo. Para a autora, a descentralização acontece sem uma clara responsabilização do papel dos entes públicos para sua implementação: “nem na própria regulamentação constitucional, nem nas leis orgânicas estaduais e municipais, são claramente definidas as competências de cada esfera do poder (Cohn, 1994, p.7).” Por consequência, assiste-se, nas observações da autora, uma desorganização da própria rede de serviços em saúde, associada à acentuada centralização no poder municipal, que, ao possuir recursos escassos e estar desarticulado com as outras esferas, se sobrecarrega para suprir a demanda da população. Soma-se a isso a intensificação das expressões da “questão social”, em um terreno de racionalidade econômica, sucateamento da máquina pública e fragmentação da sociedade civil. Não obstante, Cohn (1994), ainda que com muitas críticas, reconhece o avanço nas formas de acesso à saúde e na participação social, indicando que este movimento transforma a relação de sociedade e Estado.

O projeto de municipalização do SUS, se por um lado permitiu a aproximação da política com o usuário, por outro lado deu vistas ao pauperismo desta população. Tal cenário, segundo Heimann e Mendonça (2005), originou uma intervenção pública com os diferentes setores sociais, de forma que considerasse as particularidades de cada um destes setores. Contudo, conforme observado pelas autoras, ainda que promoção da saúde e a pobreza sejam estruturadas por pilares sociais distintos, estas são pertencentes ao desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade democrática e necessitam de políticas sociais que visem integralidade e a cidadania como principal dos

resultados de suas ações.

[...] é importante resgatar-lhe o significado intrínseco de um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais da saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território. É intrínseca a esse modelo a integração entre a unidade de serviço e a comunidade e entre usuário e profissionais da saúde, sendo este o princípio estruturante da organização dos serviços que se propõe (Heimann; Mendonça, 2005, p.550).

Como sinalizado anteriormente, o PSF constitui-se como uma estratégia do governo federal de reorganização da atenção básica. Em 1998, o Ministério da Saúde aprovou através da Portaria GM/MS nº 3.925 o “Manual para Organização da Atenção Básica”, o documento “define o arcabouço jurídico para sua organização nos sistemas de saúde e amplia responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios (Heimann; Mendonça, 2005, p.559).” Como resultado têm-se o processo de expansão e consolidação das ações interventivas no âmbito do primeiro nível de complexidade do SUS. Em virtude disso, a ABS passará a ser organizada e gerenciada pelos municípios, o manual também faz referência de como será o repasse de recursos, execução e instrumentos para sua supervisão e controle do financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB). Para Paiva (2021), a instituição do PAB representou um avanço significativo, remodelando o serviço e aumentando a capacidade da gestão municipal em implementar novas ações na atenção básica.

O processo de municipalização da saúde que se materializa de forma contínua, é fruto das lutas antagônicas protagonizada pelo movimento sanitário no âmbito da saúde. Os municípios, na medida em que suas condições objetivas permitem, aprimoram suas capacidades para comportar novos serviços. Ao analisar este contexto, Heimann e Mendonça (2005) e Paiva (2021) identificam que a instituição do PAB nos fundos municipais de saúde promove um estímulo financeiro que se traduz: na efetivação da assistência farmacêutica básica; atividades de vigilância sanitária e epidemiológica; novas equipes para o PSF; ações como supressão da hanseníase; promoção da saúde bucal, da mulher e da criança, que eram parte dos trabalhos que o Ministério da Saúde considerava primordial a serem implementados dentro da ABS. Tais iniciativas potencializaram a qualidade das estratégias em saúde adotadas pela atenção básica nos territórios, fortalecendo-a neste primeiro momento.

Ainda que o processo de descentralização e municipalização tenha concretizado alguns avanços, Campos (2007) avalia que operacionalização tardia do SUS trouxe consigo alguns impasses. Para o autor, a transferência de responsabilidade do

sistema para a gestão municipal foi desprovida de uma reflexão de como isso aconteceria na prática. Da mesma forma que Cohn (1994) reconheceu os pontos positivos deste processo, Campos (2007) reconhece as melhorias efetivadas, mas igualmente destaca a quase inexistência de uma rede de serviços articulada, visto que muitos hospitais são administrados pela esfera estatal e seguem a lógica mercantil. Para ele, a integração da rede serviços, demanda igualmente de iniciativas das Secretarias Estaduais de Saúde e da União, sem isso, a saúde corre o risco de se transformar em um direito regional e não universal, na medida em que as atividades locais são segmentadas por região, sem um padrão universal, o que consequentemente causa diferenciação do acesso à saúde.

A XII CNS, realizada em 2003, com a temática “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos” representou um marco político na logo no início do governo Lula, que reafirmou a ESF como o modelo de assistência prioritário da atenção básica no SUS. A PNAB, é um desdobramento técnico-normativo das diretrizes políticas firmadas na CNS, que identificou a necessidade da estruturação de uma política nacional que consolidasse, de forma institucional e técnica, a atenção básica (Brasil, 2003).

No plano governamental, a PNAB, ao reordenar o primeiro nível de atenção do SUS assumindo a Saúde da Família como sua estratégia prioritária, redefiniu o papel das UBS dentro do sistema. De fato, esse momento configurou-se como um marco importante à saúde pública no território brasileiro, visto que a construção desse instrumento normativo conferiu uma identidade ao serviço. Nesse sentido, ao superar a fragmentação dos programas instituídos ao longo da implantação do SUS, caracterizou-se como o principal elo entre a rede e os usuários, com vistas ao “exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (Brasil, 2006, p.10).”

A elaboração, publicização e implementação desta nova política demonstra mais que uma preocupação em construir uma ABS articulada e estruturada nos princípios e diretrizes do SUS. Esse documento materializa a pressão e força do movimento sanitário, na sua busca incessante em qualificar os serviços e garantir um sistema de saúde universal e igualitário a toda população.

Paiva (2021) e Guimarães (2024) alertam que esse processo não pode ser apreendido em sua totalidade se desconsiderarmos as contradições nele embricadas. Para Paiva (2021, p.51) algumas barreiras têm se colocado na gestão local no percurso de

implantação dessa política, dado que as “diferentes realidades demográficas e epidemiológicas [...] dão a medida de dificuldade do estabelecimento de uma política com padrões nacionais mais rígidos num país continental e repleto de desigualdades regionais.” Soma-se as colocações do autor, a análise de Guimarães (2024) que mesmo admitindo os avanços da Saúde Família, critica a falta de resolutividade em se constituir, na prática, como um modelo de referência e a lógica seletiva da qual a política se vincula em muitas localidades.

Sem desconsiderar as questões apresentadas por Paiva (2021) e Guimarães (2024), a efetivação do NASF, em 2008, demonstra um possível vislumbre de superar a lógica de fragmentação que acompanha atenção básica no SUS desde o seu surgimento. Nesse sentido, Santos e Lanza (2014) identificam que o programa ao não se caracterizar como um modalidade ambulatorial, mas sim uma núcleo de apoio para os profissionais de referência do território, contribui para fortalecer e ampliar a cobertura das ações realizadas no âmbito da ABS. Para autoras, a introdução das equipes interdisciplinares promove melhorias nas estratégias de combate às doenças, recuperação, promoção, prevenção e proteção em saúde, proporcionando dessa forma, novos métodos de intervenção no processo saúde-doença valendo-se da troca de saberes de diferentes perspectivas profissionais.

A PNAB passa pela sua primeira revisão em 2011, contudo, é preciso considerar que o contexto político-econômico e ideológico desfavorecia a democracia e as políticas sociais. Para Behring (2023, p. 11) o atual cenário é “um processo que incrementa a exploração da força de trabalho e seu pressuposto, as expropriações contemporâneas, tendo em vista a subsunção do trabalho às atuais condições de produção e reprodução do capital”, isto é, o argumento expõe concisamente a subordinação dos direitos sociais à lógica de acumulação capitalista.

Frente a essa realidade, a reedição da PNAB materializou-se por meio da Portaria nº 2.488/GM/MS. Importa ressaltar que, embora o novo instrumento revogue a portaria anterior (nº 648/2006), ele preserva a centralidade da Saúde da Família e mantém em vigor as normas complementares não conflitantes. Nesse sentido, a nova política apresenta-se como uma atualização estratégica, cujas principais mudanças compreendem: a articulação dos programas e ações de saúde através da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS); a incorporação oficial das diretrizes do NASF; e o reconhecimento de novos arranjos de equipes e cargas horárias para atuação no território (Brasil, 2011).

É inegável a contribuição da formalização da PNAB para a continuidade da

municipalização da saúde, há que se considerar que esse é um processo contínuo, visto que a realidade social está sempre em constante mudança. O texto de Morosini, Fonseca e Lima (2018) apresenta alguns resultados positivos, como: o incremento do financiamento da ABS; o aumento expressivo da cobertura dos serviços, o que consequentemente permite que mais usuários possam acessar o sistema; e a criação de edital específico de incentivos para reestruturação das unidades e qualificação dos seus profissionais. As autoras ainda relatam que diversas ações foram desenvolvidas contando uma participação de vários atores da sociedade civil.

Como mencionado em outros momentos nesse trabalho, analisar a política de saúde, requer, apreendê-la em seu processo histórico-concreto, ou seja, a política não é imune as determinações da lógica do mercado. Por essa razão, Farias (2020) ainda que não discorde totalmente das afirmações assinaladas acima, menciona que entre a realidade e a norma, há uma disparidade que se torna palpável, dado que mesmo com os progressos na cobertura dos serviços, o acesso à saúde continua caracterizado pela organização da gestão local. Ademais, a flexibilização dos vínculos de trabalho dos profissionais da ESF compromete a qualidade, resolutividade e a capacidade de construção de um elo entre equipes e usuários em uma rede que tem a família e a comunidade como objeto de intervenção.

Importa frisar que a formalização da RAS, ao definir a atenção básica como a principal ordenadora do cuidado e a UBS como a porta de entrada do sistema, configura-se, à primeira vista, como um avanço no protagonismo desse nível de atenção. Entretanto, o entendimento de Santos e Campos (2015) e Cecilio e Reis (2018) aponta que, na atual conjuntura, tal estratégia torna-se estruturalmente inviável, uma vez que as condições objetivas da política impedem o exercício pleno dessa função. Para os autores, o subfinanciamento crônico ao qual o SUS foi submetido ao longo dos anos, e que impacta necessariamente nas atividades realizadas na ABS, criou barreiras que prejudicaram o seu desenvolvimento como dispositivo capaz de promover essa integração, transformando a coordenação do cuidado em uma tarefa improvável neste espaço de tempo.

Verifica-se que, historicamente, a construção do SUS é rodeada por iniciativas que, embora possuam um caráter potencialmente transformador e em alguns momentos promovem avanços no acesso ao direito à saúde, colidem com os limites da estrutura do Estado em executar tais estratégias. Para Cecilio e Reis (2018, p.8) o sistema é duplamente tensionado, visto que para além de suas questões materiais, há uma dificuldade em encontrar “atores para a política. É como se houvesse um vazio de atores

para a política, pelo menos como ela é pensada em toda a sua complexidade”. Na visão dos autores, o modelo hegemônico centrado na doença ainda prevalece a concepção de determinação social da saúde, por mais que se tenha tido uma evolução nos processos de formação acadêmica e nas formas do Ministério da Saúde em pensar a educação permanente em saúde.

a atuação profissional está condicionada profundamente pelas determinações econômicas, articuladas às determinações políticas, sociais e culturais, tanto do ponto de vista da demanda como do ponto de vista da provisão dos serviços sociais. Não se trata, pois, de uma evolução de formas de bem-estar, nem de melhoria do modo de viver pela ação das classes dominantes. As provisões de bem-estar social são, pois, resultantes de uma disputa por poder e recursos em movimentos de forças de interesses antagônicos, mas que se repõem e compõem conjuntamente (Faleiros, 2014, p.708).

Essa lacuna identificada por Cecilio e Reis (2018) explicita que o sistema cada vez requer atores (trabalhadores) que compreendam a dinâmica das relações sociais de produção na sua totalidade, e que não só possam identificá-las, mas intervir de maneira concreta como citou Faleiros (2014). A partir das mudanças que se materializam no interior da vida social e se manifestam no âmbito da saúde, Morosoni, Fonseca e Lima (2018) apontam que desde outubro de 2016 iniciava-se o debate acerca de uma possível revisão da PNAB.

Se faz necessário relembrar que o percurso de instabilidades que perpassa a implantação do SUS demonstra que a efetividade do direito à saúde é uma conquista diária, situada para além das leis e normativas que o fazem emergir. A atual fase do neoliberalismo, que segundo Behring (2023) tem assumido a sua forma mais letal, expõe a monstruosidade com que a sociabilidade do capital reage à sua crise estrutural, incidindo diretamente na superexploração do trabalho e na consequente desproteção social. A Emenda Constitucional nº95 é produto do cenário de destituição dos direitos sociais, visto que ela institui o novo regime fiscal que congela os recursos destinados à saúde e educação por 20 anos, prevendo apenas ajustes conforme a inflação do ano anterior.

Essa análise de conjuntura é imprescindível, pois a articulação e aprovação da nova PNAB por meio da publicização da Portaria nº2.346, em 2017, acontece no auge das políticas de austeridade fiscal e retrocessos institucionais. Em síntese, a nova formulação da PNAB mantém, no plano discursivo, a ESF como estratégia prioritária para a organização da atenção básica. Entretanto, introduz mudanças estruturais pertinentes a esta análise, destacando-se a criação da Equipe de Atenção Básica (eAB). Diferente da ESF, a eAB caracteriza-se por arranjos de cargas horárias flexíveis, e principalmente, sem a obrigatoriedade de cobertura total por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cabendo

aos gestores municipais organizá-las de acordo com as suas necessidades locais. Ademais, o NASF agora passa se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com uma visão mais abrangente, o Nasf-AB atua junto a todas as modalidades de equipes da ABS, com função de fortalecer o apoio matricial e a clínica ampliada, identificando as demandas de usuários e profissionais para propor intervenções interdisciplinares (Brasil, 2017).

É imperativo problematizar que, Morosini, Fonseca e Lima (2018); Faria (2020) e Cislighi (2021) destacam que a nova versão da PNAB fere com os princípios de universalidade do sistema, o que compromete com os avanços que a muito custo foram conquistados ao longo desses anos. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018) e Faria (2020) a criação desse novo arranjo (eAB) se mostrou, na prática, o rompimento da ESF como estratégia organizadora do cuidado na atenção básica, visto que a desobrigação de um número mínimo de ACS e a flexibilização do formato e carga horária dessa nova modalidade de equipes afetou significativamente a cobertura dos serviços realizados neste nível de atenção. Os autores apontam que iniciativa inviabiliza a busca ativa e ações de prevenção no território, reforçando um modelo trabalho focalizado, ou seja, essa nova forma de distribuição da política tonifica agenda neoliberal para as políticas sociais.

Diante desse quadro, Morosini, Fonseca e Lima (2018) e Faria (2020) criticam a concepção de padrões “essencial” e “ampliado” instituído pela nova PNAB, pois para além de não possuir critérios de elegibilidade claros para implementação de tais mecanismos, essa lógica pode criar disparidades entre as regiões e fortalece a dinâmica de uma cesta de serviços seletiva, fazendo com o que caráter abrangente da ABS seja reduzido atividades pontuais. Soma-se nessa avaliação, a relativização do uso dos recursos transferidos, o Ministério da Saúde no anseio de conceder “autonomia” aos municípios, renuncia seu papel como coordenador geral da política e fornece munição para as desigualdades regionais que complexificam o acesso e o direito à saúde.

O estrangulamento da ABS chega ao seu ápice por meio da formalização da Portaria nº2.979, em 2019, que institui o Programa Previne Brasil e prevê uma nova forma de financiamento, extremamente seletiva e focalizada, aumentando ainda mais às disparidades entre os municípios. Para Behring, Cislighi e Souza (2020), é notório que a crise do capital, revestida sob as políticas neoliberais que culpabiliza a ação estatal pela sua própria crise, é a mesma que solicita do Estado a absorção dos déficits do capital em nome da preservação das relações sociais de produção e do ordenamento da sociedade. Face a esses fatores, no Brasil, a partir de 2018, há uma intensificação dos mecanismos

de dominação e exploração do capital com a retomada de um governo radical que prioriza as relações estatais com o mercado. Esse processo impacta de forma direta no desenvolvimento das políticas sociais no país, visto que muitos programas são descontinuados e a falta de repassagens associado ao regime de teto de gastos corroboram com a intensa estratificação dos direitos sociais.

O advento da pandemia do coronavírus em 2020, contexto em que o mundo todo experiencia um dos momentos mais assustadores e devastadores da história, deu vistas as contradições estruturais dos sistemas de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 20 milhões de pessoas morreram e mais de 800 milhões de pessoas foram infectadas no intervalo de 2020 a 2023.

De acordo com o Ministério da Saúde, mais de 700 mil pessoas morreram no país e mais de 38 milhões de pessoas foram infectadas no mesmo período. O colapso das políticas públicas foi escancarado, dado que a crise sanitária afetou todos os âmbitos da vida social e, a propagação de desinformações e a falta de comprometimento do governo com a seriedade desse momento monstruoso, colocaram o território brasileiro como um dos locais mais perigosos durante a pandemia.

Em 2023, depois de uma ampla campanha de vacinação, a OMS declarou o fim da pandemia do coronavírus. 2023 também é marcado pela retomada de um governo no país, que compreende que o desenvolvimento social é indissociável do desenvolvimento econômico, nessa direção vários programas são retomados, marcando um novo cenário para as políticas sociais. Entretanto, há que se ressaltar que apenas a volta de um governo de centro-esquerda não é o suficiente, ainda que muitos programas e serviços sejam revitalizados, as medidas do ajuste fiscal ainda precarizaram e ocasionam um grande desfinanciamento das políticas públicas e sociais.

Em resumo, é evidente a trajetória dialética que a atenção básica percorre no país, dado que esse caminho é marcado ora por investidas que financiam o desmonte do primeiro nível de atenção do SUS, ora pela luta atores sociais que a reconhecem como o elo principal entre o sistema e o usuário. Não obstante, é indiscutível que apesar dos ataques aos quais ABS foi submetida ao longo desses anos, grandes transformações no que tange ao direito e acesso à saúde foram concretizados. Nesse sentido, a discussão do próximo item dedica-se a compreender a relação do Serviço Social com a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e como se dá o processo de trabalho dos assistentes sociais nesse espaço, visto que esse recorte é vital para o escopo dessa pesquisa.

### 3.2 O trabalho do Assistente Social no "chão" da Atenção Básica: Inserção e particularidades

Como apresentado anteriormente, a inserção do Serviço Social no SUS data do início da década de 1990. Todavia, ao não se articular e não se vincular junto aos movimentos sociais que buscaram a democratização da política de saúde, os assistentes sociais encontraram dificuldades no cotidiano do seu processo de trabalho neste espaço sócio-ocupacional, dado a falta de capacidade do próprio sistema de absorver estes profissionais.

O início da década de 1990, após a consolidação da Constituição 1988, converte de maneira real, concreta e democrática o nascimento dos direitos sociais no Brasil. O Serviço Social ao passar por um processo de revisão crítica, busca cada vez mais o aperfeiçoamento da sua categoria, e é a partir da revisão de alguns elementos interventivos da sua prática profissional, que se institui um planejamento que promova a consolidação de ações que possam não apenas responder as demandas do tempo presente, mas que também organize o eixo ético-político destes profissionais. A compreensão da realidade social que no início era orientada por um fundamentalismo positivista com forte influência moralista, agora apreende a “questão social” como o objeto do Serviço Social.

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, p.77, 1983).

É no delinear das contradições do sistema capitalista que a “questão social” se constitui como o objeto do Serviço Social. A “questão social” é um fenômeno exclusivo da sociabilidade do capital, pois como reitera Iamamoto (2001, p.16) “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura”. Esse sistema produz, de forma conjunta, riqueza e pobreza exacerbadamente, ou seja, “o desenvolvimento capitalista produz compulsoriamente a questão social – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da questão social (Netto, 2001, p.45)”.

O movimento das entidades representativas da categoria profissional que consubstanciam a “questão social” como o objeto do Serviço Social traz um novo olhar para a intervenção profissional. Este processo é inalienável à revisão crítica da categoria que procurou não apenas elaborar novas bases teórico-metodológicas, mas coloca a categoria

profissional como um produto da classe trabalhadora diante das contradições que se manifestam no cotidiano da vida social.

O Serviço Social ao caracterizar as manifestações da “questão social” como seu objeto de intervenção, compreende o núcleo que fundamenta as desigualdades expostas na totalidade das relações sociais. Todavia, Faleiros (1999) enfatiza que a “questão social” não é um objeto particular da prática dos assistentes sociais, mas um produto que emerge dialeticamente do confronto entre capital e trabalho. Desse modo, seria contraditório colocá-la como um aspecto exclusivo de determinada profissão, como explicitado por Faleiros (1999), sua gênese pertence às relações do processo de acumulação capitalista que são improváveis obterem uma resolução por meio de intervenções profissionais que se utilizam de mecanismos que fortalecem esse processo.

Ao fortalecer suas instituições organizativas, o Serviço Social possibilitou a homologação da Lei 8.662, em 1993, que regulamenta a profissão no país. Esse compilado de artigos e incisos organizam a intervenção do assistente social e dispõe do papel do conjunto CFESS-CRESS no ordenamento dos processos de trabalho destes profissionais. O art. 4 traz direcionamentos ao fazer profissional de forma mais geral, reconhecendo-os como um agente interventor direto nas expressões da “questão social”, utilizando-se de ferramentas interventivas como: estudos socioeconômicos; assessoria aos movimentos sociais, entidades da sociedade civil e instituições públicas e privadas; planejamento e administração de serviços sociais; encaminhamento e orientação das demandas dos diferentes segmentos sociais, etc.; e enfatiza o papel destes profissionais enquanto elaboradores, implementadores, executores e avaliadores de políticas públicas e sociais (Brasil, 1993).

No que tange as atribuições privativas do exercício profissional do assistente social, estas estão dispostas no art. 5. É restrito ao assistente social monitorar e coordenar planos, programas, projetos, curso de graduação e pós-graduação, núcleos e centros de pesquisa na área do Serviço Social, bem como ministrar disciplinas e supervisionar estágios na área, e assumir a direção e fiscalização dos órgãos e entidades representativas da categoria profissional (Brasil, 1993). A Lei consta com outras diretrizes a respeito das obrigações do conjunto CFESS-CRESS, entretanto, estes artigos não serão abordados por conta do escopo da pesquisa. Todavia, ressalta-se a importância do documento legislativo à profissão e o seu papel crucial ao reconhecer nacionalmente a profissão.

No mesmo ano, Barroco e Terra (2012) descrevem que a instituição do novo

Código de Ética da profissão é produto das discussões que inscrevem a ética e os valores no campo da práxis. Nesse sentido, o documento “se organiza em torno de um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições [...] circunscrevendo a ética profissional no interior do projeto ético político e sua relação com a sociedade e a história (Barroco; Terra, p.53, 2012)”. É a concepção do trabalho como protoforma do ser social, que nas palavras de Barroco e Terra (2012), possibilita apreender a ética como parte inerente da práxis. Portanto, é por meio desse processo, das condições historicamente determinadas e das relações de sociais de produções no capitalismo que o Serviço Social compreende a liberdade como um pressuposto ético central, sendo esta a virada de chave da categoria em relação ao Código de Ética anterior.

De acordo com o documento produzido pelo CFESS, desde o final da década de 1980, as entidades da categoria demonstravam a necessidade de revisão do Código de Ética anterior. Ao reafirmarem a justiça social e a liberdade enquanto valores fundamentais indissociáveis da democracia, o conselho demonstra que o projeto de emancipação de classe defendido pela categoria profissional está intrínseco a visão da “ética como pressuposto teórico-político que remete ao enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente (CFESS, p.22, 1993)”.

Os princípios que regem a ética profissional do assistente social, longe de serem meras normas burocráticas, constituem a materialidade de um projeto que rompe com a herança conservadora da profissão. Fundamentados na defesa da liberdade e da emancipação humana, tais princípios convocam o profissional a uma prática que articule a defesa intransigente dos direitos humanos com a luta por uma nova ordem social. Nesse sentido, a intervenção no cotidiano deve ser guiada pelo pluralismo, pelo combate a todas as formas de preconceito e pela busca incessante da equidade e justiça social, reconhecendo que a qualidade do serviço prestado à população é indissociável do compromisso político com a classe trabalhadora (CFESS, 1993).

Esses princípios são resultados do processo de maturação da profissão que foi o catalisador para as mudanças significativas que ocorrem no interior da categoria profissional. Esse processo que se inicia por meio da revisão da sua direção crítica, culmina na transformação da apreensão da realidade social concreta e na instituição do novo Código de Ética de 1993. Tal cenário, exige uma intensa avaliação da fundamentação curricular do Serviço Social em resposta à nova fase do capital.

A oficialização do documento das novas diretrizes curriculares, é fruto

desse movimento contínuo da categoria em reafirmar-se como um produto da classe operária. As diretrizes curriculares de 1996 materializam, prática e teoricamente, o avanço da categoria profissional no processo de formação de novos assistentes sociais. A reorganização curricular busca promover a qualificação destes profissionais voltada as três dimensões – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa – que orientam o fazer profissional.

O novo currículo do Serviço Social organiza-se em três núcleos formativos: fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende as determinações históricas da totalidade do desenvolvimento humano e da realidade social; fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, que corresponde ao ensino da construção socioeconômica, cultural e política do Brasil, a partir do contexto histórico dependente da América Latina, e fundamentos do trabalho profissional, que caracteriza a especialização da profissão e a intervenção profissional que tem como objetivo as diversas manifestações da “questão social” (ABEPSS, 1996).

Esse conjunto de documentos jurídico-normativos – Lei 8.662/93, Código de Ética de 1993 e Diretrizes Curriculares 1996 – construídos ao longo dos anos, transcreve o trabalho crítico dos assistentes sociais na busca pelo fortalecimento de um projeto profissional que se compromete com as necessidades da classe trabalhadora e com um projeto societário que visa a superação dos ditames do capital. Sob essa perspectiva, o Projeto Ético-Político do Serviço Social, é mais do que um produto destes documentos, Netto (2006) assinala que este projeto profissional representa a autoimagem do Serviço Social e se constitui como um processo que se desenvolve de forma contínua.

os(as) assistentes sociais, podem, desde que num ambiente de democracia política – o que significa afirmar que tal democracia é um pressuposto para a própria existência do projeto ético-político –, escolher caminhos, construir estratégias político-profissionais e definir os rumos da atuação e com isso, projetar ações que demarquem claramente os compromissos (ético-políticos) profissionais. O que está a dizer é que nosso projeto é expressão das contradições que particularizam a profissão e que seus princípios e valores – por escolhas historicamente definidas pelo Serviço Social brasileiro, condicionadas por determinantes histórico-concretos mais abrangentes – colidem (são mesmo antagônicas em sua essência) com os pilares fundamentais que sustentam a ordem do capital (Teixeira; Braz, 2009, p.11).

É sob o entendimento da liberdade como um valor ético central que se inscreve no desenvolvimento do ser social, que Netto (2006) e Teixeira e Braz (2009) reiteram que este projeto sinaliza a defesa intransigente dos direitos humanos e da democracia como uma de suas bandeiras. Ademais, concebe de forma positiva a pluralidade tanto na sociedade como no exercício profissional. Portanto, o Projeto Ético-Político do Serviço Social evidencia o aprofundamento da revisão crítica da profissão ao

eleger valores que legitimam e estabelecem as relações a prática profissional nos seus diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Contudo, conforme observado por Netto (2006), ainda que hegemônico, o interior da categoria possui outros projetos profissionais que se colocam em contraposição aquele que é defendido majoritariamente. Associado a isso, Teixeira e Braz (2009) enfatizam as dificuldades da materialização deste projeto na contemporaneidade, dado o contexto neoliberal que promove uma deslegitimação dos avanços históricos, seja do Serviço Social, seja da sociedade civil.

A década de 1990 ainda traz mais uma conquista importantíssima para o Serviço Social. Em 1997 – seguindo o relatório final da X CNS – o Ministério da Saúde, buscando reconhecer as diferentes ações realizadas por diversos profissionais de ensino superior, publicizou a Resolução nº218 que dispõe a respeito das categorias que compõem os trabalhadores da área da saúde (Brasil, 1997). Acompanhando os passos do ministério, o CFESS, em 1999, homologou a Resolução nº 383 que caracteriza o assistente social como um trabalhador da área da saúde.

Este reconhecimento do assistente social enquanto trabalhador da saúde é essencial, pois a política de saúde, assim como as outras políticas sociais, está inserida no cotidiano das relações sociais que sofrem impactos com a lei de acumulação capitalista. Tal contexto possui particularidades próprias das quais, segundo as observações de Matos (2009), precisam ser desvendadas. As expressões da “questão social” ao se manifestarem no processo de saúde-doença, requerem um profissional que compreenda a totalidade deste movimento, pois ainda que a “questão social” e a saúde possuem pilares distintos, elas estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento da sociedade.

Estabelecido as diretrizes que orientam o fazer profissional do assistente social nas suas três dimensões – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa – cabe agora compreender o trabalho desenvolvido por estes profissionais no interior da política de saúde, mais precisamente na ABS, o primeiro nível de atenção do SUS. Como discutido anteriormente, o PSF emerge em meados da década de 1990 como uma proposta que visava a reordenação atenção básica. Contudo, o Serviço Social não foi incluído na composição das equipes que atuavam no programa.

Ao elaborar uma análise crítica em torno do PSF, Teixeira e Nunes (2006) destacam que a composição das equipes integra o programa é insuficiente para responder as necessidades da saúde da população. O Ministério da Saúde, ao recomendar que os profissionais escolhidos devem realizar um treinamento com foco na saúde da família,

justifica o argumento utilizado pelas autoras, pois evidencia que estes profissionais carecem da formação de conteúdos pragmáticos para implementar o modelo de saúde preconizado pelo SUS. Para Teixeira e Nunes (2006, p. 122) a interdisciplinaridade se constitui como uma ferramenta que permite a troca real dos saberes acumulados na prática, visto que “seu objeto de compreensão e intervenção é a realidade social”, e não ocorre por decreto, pois enfrenta barreiras na organização fragmentada do trabalho e na hierarquia dos conhecimentos em saúde.

A interdisciplinaridade, ao significar reciprocidade e mutualidade, exige relações sociais horizontais, diferente do posto no modelo assistencial de saúde tradicional, hegemônico. Significa ouvir/processar o que o outro diz/pensa e conhece, e mais do que isso, implica trabalhar com o pensar do outro, introjetar novos/outros conhecimentos, para a partir daí criar novas práticas, isto é, atuar de forma “nova” e criativa. Por isso indica uma atitude “diferente”, pois exige trabalhar com uma visão de mundo, de totalidade (Teixeira; Nunes, 2006, p.125).

O debate da importância de uma equipe interdisciplinar na área da saúde não é recente. Em uma pesquisa anterior, Nogueira (1998, p.44) pontua que interdisciplinaridade implica em “reintroduzir, no debate e nos encaminhamentos operativos, as situações atuais e de risco”. A autora enfatiza que estas “situações atuais e de risco” ao serem investigadas pelos diferentes profissionais de saúde promovem a construção de novos modelos de atenção. A análise de Nogueira (1998), ainda que não cite diretamente o PSF, se encaixa perfeitamente na crítica apresentada por Teixeira e Nunes (2006), dado que para além de debater a relevância da construção de equipes interdisciplinares em saúde, Nogueira (1998) exemplifica que este tipo de estratégia possibilita a construção de novas alternativas nas formas de pensar a saúde do indivíduo e do grupo familiar.

Estas características contribuem para afirmação de que a concepção de interdisciplinaridade em si expressa de forma concreta a necessidade da introdução de outros profissionais de saúde dentro do PSF, como o assistente social. Ademais, o programa ao centrar suas ações em torno da família, necessita de profissionais que pensem criticamente o arranjo familiar. Para Mioto (2010) e Horst (2021), o Serviço Social ao conectar sua análise da realidade social à teoria marxista, compreende a família como um complexo social que possui determinações históricas concretas. Em síntese, ao mesmo tempo que estas determinações não exclusivas da política da saúde, elas são inerentes ao processo de saúde-doença.

Ao pensar o núcleo familiar de forma dialética e intrínseco aos processos sociais, os ensaios de Mioto (2010) e Horst (2020), ainda que não tratem especificamente da área da saúde, se somam as discussões de Teixeira e Nunes (2006) e ratificam que a

necessidade da introdução da categoria dentro do PSF, pois é preciso evitar uma tendência familista, que segundo Mioto (2010), transfere à família a responsabilidade da proteção social que deveria ser do Estado.

A crítica em torno da falta de interdisciplinaridade no PSF é crucial para esta pesquisa, visto que ao não compor as equipes do programa, os assistentes sociais são introduzidos na atenção básica a partir de iniciativas dos gestores locais. Ao instituir o NASF, o Ministério da Saúde identifica a necessidade de uma intervenção através de uma equipe interdisciplinar. O apoio matricial é um dos principais objetivos do NASF, como discutido anteriormente, e Santos e Lanza (2014, p.236) o compreendem é uma ferramenta que possibilita “à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemônica, por meio de ações de apoio capazes de criar linhas de transversalidade nas estruturas dos serviços e equipes de saúde.”

Associado a isso, e como discutido no primeiro capítulo, a análise do território, a intersetorialidade e interdisciplinaridade, a participação social, a educação permanente, promoção, prevenção e humanização em saúde, igualmente se constituem como diretrizes do NASF (Brasil, 2009). Estes eixos norteadores subsidiam as ações coletivas desenvolvidas junto às ESF. Santos e Lanza (2014) descrevem que a condução de grupos de orientação e práticas socioeducativas em saúde, bem como visitas domiciliares e estudos de casos, referem-se a pedidos de suporte técnico-pedagógico aos núcleos de apoio.

Em continuidade, ao caracterizar o processo de trabalho dos assistentes sociais no NASF, a pesquisa realizada por Santos e Lanza (2014) reitera que a introdução da categoria profissional ao programa não se restringe a uma perspectiva de corporativismo ou enrijecimento das fronteiras disciplinares, mas salienta a construção de ações interdisciplinares que superem o modelo biologicista de saúde. Para além disso, as autoras ainda relatam que as equipes de referência solicitam do Serviço Social o auxílio na formulação de estratégias de intervenção frente as demandas presentes no cotidiano das famílias.

Tais elementos revelam que a incorporação do núcleo de apoio no cotidiano da atenção básica cumpre os objetivos da Reforma Sanitária ao introduzir, no processo de trabalho da ABS, categorias profissionais que compreendam a saúde como uma síntese de múltiplas determinações, um fenômeno socialmente construído sob as condições objetivas impostas pelo modo de produção capitalista. Tal perspectiva evidencia que a saúde, partindo das análises de Souza (2020), precisa ser apreendida na sua forma ontológica, ou

seja, a indissociabilidade entre os aspectos sociais e biológicos da saúde demanda o entrelaçamento das esferas individual e coletiva, conferindo, contudo, precedência à dimensão social na análise do processo.

Em decorrência do exposto em torno da instituição dos núcleos de apoio e da necessidade de uma concepção ontológica da saúde, nota-se que o documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde” – criado pelo CFESS em 2010 – representa mais do que um fio condutor para o fazer profissional no âmbito da saúde, este materializa o esforço da categoria em pensar criticamente a inserção dos assistentes sociais na política de saúde e a consolidação do Projeto Ético-Político neste espaço.

A existência de dois projetos que em disputa na política de saúde – privatista e universal – relatada no documento do CFESS, já havia sido denunciada por Bravo e Matos (2006). Todavia, o Serviço Social, ao alinhar o seu exercício profissional com a seguridade social e os princípios do projeto sanitarista que lutou pela democratização do acesso à saúde, reforça o papel do assistente social como um profissional indispensável na efetivação do direito à saúde. Os parâmetros construídos pelo conselho oferecem os fundamentos necessários para que a intervenção não seja capturada pela lógica do favor ou do assistencialismo, mas se firme na defesa intransigente da saúde como um direito universal e dever do Estado (CFESS, 2010).

O cenário atual construído sob o reordenamento dos meios de produção alavancado por mudanças tecnológicas, reconfigurou a esfera produtiva e alterou os regimes de acumulação, conforme descrito por Teixeira e Braz (2009). Sob este prisma, os parâmetros possuem um caráter de resistência ao instrumentalizar os profissionais a recusar requisições institucionais indevidas (como a triagem da pobreza) e construir ferramentas coletivas que enfrentem o desmonte da política de saúde, reafirmando a competência técnica da profissão frente às condições objetivas adversas (CFESS, 2010).

A importância do documento reside também na sua capacidade de sistematizar o trabalho profissional do assistente social a partir de quatro eixos fundamentais: atendimento direto aos usuários, mobilização e participação social, investigação e planejamento, e assessoria e formação. Essa estruturação é primordial para balizar a direção social crítica da profissão na política de saúde, especialmente no contexto atual onde a especificidade do Serviço Social é frequentemente tensionada. Portanto, o assistente social, ao ser introduzido na saúde necessita decifrar a realidade e formular respostas que ultrapassem a demanda imediata, garantindo que a dimensão social do processo saúde-doença seja de fato considerada (CFESS, 2010).

A Resolução nº569/2010 fortalece as preposições exposta no documento do CFESS ao reiterar a proibição de práticas psicologizantes. O Serviço Social enquanto categoria profissional se insere na divisão sociotécnica do trabalho a partir de exigências do modo de produção capitalista, que de acordo com Iamamoto (2000), requer a intervenção profissional de assistente sociais nas mais diversas expressões da “questão social”. Ao adotar ferramentas de cunho terapêutico, estes profissionais se distanciam do posicionamento contra-hegemônico que introduz a profissão nos processos sociais e nas lutas de classes, reproduzindo assim, as contradições inerentes a reprodução da vida social na sociabilidade do capital.

No interior da política de saúde, tal contradição se agudiza à medida que a precarização dos vínculos entre usuários e profissionais sofrem modificações, resultantes da reformulação da PNAB, ocorrida em 2017, que institui uma nova modalidade de equipes interdisciplinares, o Nasf-Ab. Em tese, a implementação desta nova modalidade sugere uma abrangência maior de suporte as diferentes equipes que compõem a ABS, entretanto, Nascimento e Cordeiro (2019, p.3) sinalizam que “o modelo hegemônico de atenção à saúde é a centralidade na doença e o uso de tecnologias duras para a resolução dos problemas, em detrimento do trabalho em equipe, organizado sob a ótica da integralidade”.

Observa-se que do ponto de vista da intencionalidade política, há uma má interpretação acerca do que é integralidade. Ao discutir o processo de trabalho em saúde, Silva (2006) esclarece que a integralidade se firma como concepção que permite introduzir olhar social na intervenção em saúde. Para a autora, o conceito não se restringe nesta pequena concepção, mas se amplia ao indicar a possibilidade da criação de novas práticas em saúde, fundamentadas na análise crítica da realidade social como pressuposto à compreensão das necessidades de saúde vivenciadas pela população.

A integralidade se caracteriza, assim, como uma diretriz que permite a ampliação das práticas sanitárias, por apreender as demandas de forma contextualizada e historicamente situadas, capazes de abarcar a complexidade de relações sociais, presentes na dinâmica societária enquanto resultante de um ordenamento social provocado pelo aprofundamento do capitalismo (Silva, 2006, p. 49).

Apesar da integralidade ser um princípio do SUS e exigir práticas que concebam o usuário na sua totalidade (biológica, social, psicológica, cultural etc.), nota-se que a nova modalidade das equipes interdisciplinares está em dissonância com as diretrizes do próprio sistema. Se a concretização do NASF demonstrou avanços acerca das formas de pensar o cuidado em saúde, Nascimento e Cordeiro (2019) expõe as dificuldades que se manifestam no processo de trabalho dos profissionais do Nasf-Ab. Esse contraste nas formas intervenção evidencia o desmonte da política de saúde e expressa o

distanciamento das conquistas do movimento sanitarista, visto que a atenção básica tem se mostrado cada vez mais próxima ao projeto privatista.

É imperativo resgatar que a nova PNAB emerge no contexto neoliberal no qual os gastos públicos são minimizados em prol da ordem do capital. Consubstanciando a afirmação apresentada, a Emenda Constitucional nº 95, assinalava o futuro da política de saúde no país. Tal fato corrobora com as questões apontadas por Nascimento e Cordeiro (2019), que demonstram impasses encontrados pelas equipes do Nasf-Ab na abordagem ontológica da saúde no seu processo trabalho.

Pode-se dizer que a reconfiguração do programa para a modalidade Nasf-Ab, instituído sob uma lógica produtivista induz a fragmentação do cuidado. Estes fatores não podem ser apreendidos fora do contexto atual que estimulam a mercantilização da política de saúde. Em consonância, Nascimento e Cordeiro (2019) explicitam a visão assistencialista das ações realizadas e a subutilização de tecnologias de trabalho social com famílias em equipes que tem o arranjo familiar como eixo estruturante de atuação.

Logo, é indiscutível que estas transformações impactam diretamente no processo de trabalho do Serviço Social na atenção básica. As considerações de Nascimento e Cordeiro (2019) expressam as exigências do projeto privatista que cada vez se faz presente no cotidiano dos profissionais de saúde, incluindo os assistentes sociais. Tal contexto reforça a concepção da complexidade do trabalho da categoria profissional nos confrontos engendrados na relação social dialética da sociabilidade do capital, elaborada por Faleiros (1999).

Trabalhar os conflitos gerados nas contradições em processo é mais complicado do que aceitar as acomodações exigidas pela hegemonia do capital ou pelas grandes explicações de utilidade do Serviço Social no processo produtivo. Uma compreensão profunda das relações entre sujeito e força de trabalho, entre estrutura e superestrutura, entre o papel das condições sociais e da vontade coletiva articulada é que poderá mudar até mesmo as formas de inserção do Serviço Social como força de trabalho no sistema de produção, como organização, como identidade (Faleiros, 1999, p.138).

À vista disso, a análise da reconfiguração do processo de trabalho do assistente social no Nasf-Ab ao se constituir numa lógica de produtividade que ignora as complexidades do território desconhecendo que “a correlação de forças implica a articulação dos vínculos de trabalho e dos vínculos das pessoas (Faleiros, 1999, p.133)”. O elo entre profissional e usuário é indeclinável às ações realizadas na atenção básica, pois este fator é o alicerce que qualifica o fazer profissional. É necessário retomar o debate em torno da determinação ontológica da saúde. A prática profissional, à luz de Bravo e Matos (2006), deve superar a rotina burocrática e se pautar na defesa intransigente do direito à

saúde. Tal desafio se torna ainda mais complexo quando observado em um território transfronteiriço, como é o caso de Foz do Iguaçu, discussão do próximo capítulo.

## **4 TENSÕES E DESAFIOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA REGIÃO DE FRONTEIRA: A ATENÇÃO BÁSICA EM DESTAQUE**

### **4.1 A fronteira em destaque: Situando o município de Foz do Iguaçu**

Situado no extremo oeste paranaense, o município de Foz do Iguaçu está localizado em uma posição geográfica singular ao fazer divisa com os países Argentina e Paraguai. Conhecida internacionalmente como a Tríplice Fronteira, esta região faz fronteira direta com Puerto Iguazú e Ciudad del Este, caracterizando-se como uma cidade gêmea. Para o Ministério da Integração Nacional, a definição de fronteira assume o conceito Faixa de Fronteira, definida pela Lei nº 6.634/79 e pela Constituição Federal de 1988, essa área abrange 150 km de largura ao longo de todo o limite terrestre do país e, por ser considerada essencial para a segurança nacional, essa faixa é tratada como um espaço estratégico, onde o Estado aplica políticas específicas de defesa e desenvolvimento, englobando todos os municípios situados nessa região.

Em seu estudo Raffestin (1993) esclarece que esse significado jurídico-normativo está intrínseco à existência desse espaço geográfico, mas que essa visão por si só é incapaz de apreender a totalidade das relações de poder engendradas nessa sintetização. Não obstante das definições institucionais, a análise da realidade social concreta exige ultrapassar a visão da fronteira como espaço meramente geográfico ou administrativo. Para Nogueira e Silva (2009) e Peiter (2020) a fronteira, enquanto uma área de contato e integração é sinônimo de territorialidade, produto das relações sociais que ali se desenvolvem, e como resultado dessas relações possui significados que transcendem as concepções que a reduz em uma divisória internacional.

[...] a territorialidade [...] reflete a multidimensionalidade do “vivido” territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. Os homens “vivem”, ao mesmo tempo, o processo territorial e o produto por intermédio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivas. Quer se trate de relações existenciais ou produtivas, todas são relações de poder, visto que há interação entre os atores que procuram modificar tanto as relações com a natureza como as relações sociais (Raffestin, 1993, 158-159).

Nesse sentido, pensar a fronteira na sociedade capitalista, implica em compreendê-la como um complexo social suscetível às determinações do capital, ou seja, há uma relação dialética que é inerente ao desenvolvimento desse espaço. Partindo desse pressuposto, Raffestin (1993) enfatiza que o capitalismo não é apenas um modo de produção, mas sim um sistema de significação, um universo simbólico que molda a subjetividade, isso significa que a fronteira – como o caso de Foz do Iguaçu – é, antes de tudo, um campo de forças antagônicas em disputa.

Estabelecer a fronteira como um resultado das determinações de um

processo histórico-concreto que se materializa nesse espaço, é imprescindível para esta reflexão, pois apreende o seu papel na dinâmica das relações sociais de produção que são pertencentes ao seu surgimento. Em razão disso, Nogueira e Silva (2009) apontam que o capital face a sua era globalizada e neoliberal, e no seu anseio voraz de construir novas formas de acumulação, precariza as condições de reprodução da vida social ao instituir uma agenda política de restrição de gastos com a proteção social, o que transforma as fronteiras em regiões periféricas, agudizada pelas expressões da “questão social”.

Segundo o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Foz do Iguaçu se constitui como um município que conta com uma população de 285.415 habitantes, com estimativa de 297.352 para o ano de 2025. O relatório aponta que aproximadamente mais de 4 mil pessoas cruzam a fronteira diariamente para realizar suas atividades laborais, representando o intenso fluxo de mobilidade urbana da região. Todavia, os dados do IBGE não incluem a população flutuante que, caracterizadas por Peiter (2020), correspondem aqueles que não residem fixamente nessa área e que representam um desafio à gestão pública, pois as políticas sociais possuem uma visão orçamentária censitária, logo, esses sujeitos não compõe a base de cálculo de repasses das esferas federais e estaduais.

No caso de Foz do Iguaçu, a população flutuante é heterogênea, pois a cidade é caracterizada tanto pelo intenso fluxo turístico anual quanto pela presença dos brasiguaios, brasileiros residentes do Paraguai que mantém um vínculo ativo com o território nacional. Associado a isso, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) impulsiona a mobilidade acadêmica na região, pois atrai estudantes de diversas nações da América Latina e Caribe, incrementando o contingente de residentes temporários e diversificando ainda mais o perfil demográfico da fronteira.

O fluxo de circulação acentuado na região de fronteira é visto por Nogueira e Silva (2009) e Peiter (2020) como uma oportunidade de busca por condições objetivas de reprodução da vida social. Associado a esta perspectiva, Harvey (2005, p.121) atribui a migração como uma demanda do próprio sistema capitalista, pois a criação de um exército industrial de reserva é imanente às suas necessidades de valorização “a acumulação primitiva na fronteira é tão vital quanto a acumulação primitiva e o desemprego tecnologicamente induzido na terra natal. As condições internas e externas de lutas de classe estão intimamente entrelaçadas.”

Noutros termos, a classe trabalhadora é expropriada por exigências da lógica do mercado, o que conseqüentemente, nos apontamentos de Harvey (2005),

expande a exploração geográfica. Em resumo, essa mudança está diretamente ligada às engrenagens desse modo produção, pois cumpre um papel fundamental na dinâmica global de acumulação. Tais elementos são essenciais para compreender como essa dinâmica, dotada de um movimento dialético, transforma o cotidiano dos cidadãos transfronteiriços de Foz do Iguaçu.

Sob essa ótica, os deslocamentos populacionais na fronteira não ocorrem de forma aleatória, mas são impulsionados pela subordinação do trabalho aos ditames do capital, que ao impor a precarização da força de trabalho, acarreta em uma supressão dos direitos sociais. Esse movimento impõe à classe trabalhadora um cenário de disparidades e disputas da fase atual do capital, que explora novas formas de comercializar a sua capacidade laboral. Em virtude disso, é crucial problematizar a migração para além da sua aparência imediata, dado que ela se manifesta no interior do cotidiano das relações sociais de produção da região transfronteiriça que não são alheias as determinações contraditórias do embate entre capital e trabalho, ou seja, o fenômeno migratório, é senão, a expressão contundente da “questão social” nessa localidade.

É preciso considerar a fronteira um território associado ao local, em que se reconhecem as práticas que se originam e se reproduzem nas relações sociais. Nestes termos, o local é um lugar delimitado por um contexto histórico de significação social, dotado de horizontes político-ideológicos, tornando-se uma extensão da vida cotidiana entre as diversas pessoas, instituições e processos sociais (Nogueira; Silva, 2009, p.90-91).

Essas particularidades do existir transfronteiriço, embora não sejam o escopo principal dessa pesquisa, são elementos indissociáveis da realidade social materializada no município de Foz do Iguaçu, e ao delimitar a migração como manifestação da “questão social”, reconhece esse fato social como um produto da intervenção profissional do Serviço Social. A fronteira por possuir determinações sociais próprias e que são partes da produção de subjetividade na sociabilidade do capital, requer um olhar crítico que a apreenda e a problematize em sua totalidade e não a reduza aos seus aspectos geográficos.

Tal realidade impulsiona a discussão acerca do processo de trabalho do Serviço Social na atenção básica em saúde no município de Foz do Iguaçu que como descrito, é duplamente tensionado, ora pelas exigências do capital, ora pelas demandas dos usuários transfronteiriços que possuem características próprias. Nessa direção, refletir sobre o cotidiano do exercício profissional do assistente social na atenção básica em saúde no município de Foz do Iguaçu, requer situá-lo a partir de suas determinações históricas. Em razão disso, a discussão realizada ao longo desta pesquisa é indissociável dos

objetivos aqui propostos, visto que: a política de saúde; a fronteira; a migração; e o próprio fazer profissional dos assistentes sociais são fenômenos complexificados pela lei de acumulação capitalista.

#### 4.2 O trabalho profissional na fronteira iguaçuense: Um resgate histórico recente

Compreendido o cenário socioterritorial de Foz do Iguaçu e as particularidades que a condição de fronteira impõe à dinâmica regional e a atuação do assistente social, faz-se necessário sintonizar essa realidade com o desenvolvimento do exercício profissional destes profissionais na atenção básica em saúde. Como supracitado anteriormente, o cotidiano de trabalho profissional da categoria não é alheio às transformações societárias e políticas, pelo contrário, reconfigura-se à medida que novas demandas e normativas alteram o tecido social e institucional. Nessa direção, é imperativo, primeiramente, realizar um resgate histórico contemporâneo acerca do processo de trabalho do Serviço Social no município, para que assim possamos debater a atualidade.

O ponto de partida para captar estes elementos reside em compreender a intervenção profissional do assistente social na atenção básica em saúde a partir da década 2000. Todavia é imprescindível apreender, neste momento inicial, como estava organizada institucionalmente o primeiro nível de atenção do SUS no município, que segundo o estudo de Silva (2006), estruturava-se em uma divisão territorial distrital, composta por 18 UBS responsáveis pela realização das atividades em relação a ABS e 5 Núcleos de Saúde que além de atender demandas da atenção básica, também executavam alguns procedimentos ligados a atenção especializada.

Silva (2006) esclarecerá que, nessa época, o município possuía nove assistentes sociais alocados à Secretaria Municipal de Saúde e todos atuavam duplamente na atenção básica e na atenção especializada. Este fato pode ser interpretado por três razões fundamentais: a primeira relaciona-se ao fato do arranjo institucional da rede local, que possuía equipamentos – os Núcleos de Saúde – desenhados atender simultaneamente os dois primeiros níveis de atenção do SUS; a segunda reforça parte da discussão sobre as contradições da inserção do assistente social no política de saúde durante o processo acelerado de municipalização e descentralização do sistema de saúde brasileiro; e por último, é necessário compreender que este desenho operacional que determinava o processo de trabalho do Serviço Social na fronteira de Foz do Iguaçu era anterior à formulação da PNAB e a criação do NASF, normativas estas imprescindíveis não apenas para organizar o fluxo de trabalho, mas por se constituírem como instrumentos que orientam

o exercício profissional na ABS.

Neste mesmo período, Silva (2006, p.52) descreve que esta visão distrital se fundamentava “por base o território solo, visão antagônica a realidade de fronteira marcada pelo intenso fluxo populacional inter/transfronteira”. Essa concepção parte de uma gestão que opera a partir parâmetros censitários e demográficos rígidos, onde a implementação da municipalização da política de saúde pressupõe de forma equivocada, segundo observado por Preuss (2018), que os municípios se configurem como “territórios estáticos” constituídos por populações fixas e imutáveis. Ao desconsiderar as especificidades socioterritoriais materializadas na região fronteira, essa visão negligencia as profundas transformações que ocorrem no interior das relações sociais de produção e que afetam diretamente a reprodução da vida social nos municípios de fronteira.

Ao ignorar a realidade dinâmica dos municípios transfronteiriços, os gestores locais reiteram uma concepção territorial acerca da fronteira, contribuindo com uma visão retrograda que desconsidera a totalidade das relações sociais que se desenvolvem neste espaço e que são intrínsecas ao ordenamento da política de saúde. Tal perspectiva além de caminhar na contramão das análises realizadas por Nogueira e Silva (2009) e Peiter (2020) citadas anteriormente, fere um dos pilares fundamentais do SUS, que é a universalidade dos serviços e, intensifica o cerceamento do direito, ampliando as disparidades no acesso à saúde e invisibilizando as reais carências desta população.

Tal postura observada na lógica de prestação de ações e serviços de saúde no município, tem intensificado, ao longo dos anos, o processo de exclusão social na área da saúde de grande parte dos segmentos populacionais que vivem no entorno da fronteira, levando à adoção de práticas ilegais para obtenção ou acesso ao sistema de saúde (Silva, 2006, p.52-53).

A vista disto, nota-se que o território fronteiriço possui contradições expostas que vão além dos olhos dos gestores municipais e, a despeito do debate recente em torno das questões que envolvem a região de fronteira, os assistentes sociais inseridos na política de saúde na época, embora não possuíam o conhecimento geral de todas normativas jurídicas que envolvem a temática, demonstram interesse no aprofundamento da discussão, visto que o seu cotidiano de trabalho é constantemente tensionado pelas particularidades deste território que possui múltiplas determinações (Silva, 2006).

É importante sinalizar que há um nítido comprometimento ético-político materializado seja na concepção do direito à saúde ou na orientação profissional destes assistentes sociais, visto que Silva (2006) expressa que o entendimento destes profissionais não se restringe a questões biológicas ou burocráticas, mas apreendem saúde a partir de suas determinações sociais, compreendo que as condições de vida e de trabalho

influenciam diretamente no processo de saúde-doença, reforçando o compromisso da categoria com as diretrizes do projeto da Reforma Sanitária.

A materialização dessas concepções sobre o território e o direito à saúde ganha contornos práticos no momento em que se reflete sobre a dimensão técnico-operativa do Serviço Social na fronteira iguaçuense. Nesse cenário, os assistentes sociais apreendem a intervenção profissional enquanto um conjunto de ações realizadas junto ao usuário do sistema, que tem, sobretudo, a missão de promover o direito à saúde nas suas formas individuais e coletivas, reconhecendo que este processo exige momentos fundamentais de planejamento, reflexão, registros e avaliação (Silva, 2006).

Contudo, Silva (2006) destaca que essas etapas do exercício profissional dos assistentes sociais não estão isentas aos ditames do modo de produção capitalista, visto que as contradições desse sistema de produção se manifestam como demandas e requisições emergentes na vida dos usuários que habitam o território fronteiriço de Foz do Iguaçu e incidem diretamente na atuação dessas profissionais. Essa dinâmica de imediatividade que se materializa na fronteira coloca em risco a intervenção do Serviço Social neste espaço, podendo transformar as ações profissionais em ritos superficiais de triagem das urgências apresentas.

Nesse sentido, as contribuições de Iamamoto (2009) constituem-se como um horizonte ético-político a esse ambiente, visto que a autora pontua a importância da produção de conhecimento em torno das condições de vida e trabalho dos segmentos populacionais atendidos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Nessa direção, intervir no território de fronteira exige que o Serviço Social ultrapasse o imediatismo institucional, transformando as ações profissionais em um campo de pesquisa capaz de responder de forma crítica e efetiva às necessidades de saúde da população transfronteiriça.

Com base no exposto, observa-se a atuação profissional dos assistentes sociais na região fronteira está intrinsecamente interligada às transformações ocorridas no mundo do trabalho ditadas pela acumulação capitalista na sua forma neoliberal, isto é, a submissão dos direitos sociais às engrenagens do capital compromete a intervenção desses profissionais, uma vez que o fazer o profissional da categoria se vê limitado frente a essa dinâmica de subordinação da proteção social a esse modo de produção.

Ademais, essas características reforçam o debate Harvey (2005) acerca da migração como instrumento da dinâmica de acumulação capitalista, visto que é esse cenário de subalternidade da proteção social que condensa o processo migratório nas regiões de fronteira. Esse fenômeno segundo as análises de Silva (2006), precisa ser

apreendido nos seus aspectos sociais, econômicos e culturais e paralelamente acompanhado da criação de políticas e acordos internacionais que garantam a reprodução da vida social dessa população migrante.

Esse núcleo contraditório estruturado entre a dinamicidade do fluxo migratórios e as barreiras colocadas pelo capital esbarra no centro do debate acerca do asseguramento dos direitos sanitários da população iguaçuense, que cabe lembrar, é caracterizada por um contingente populacional heterogêneo composto por um grande número de residentes flutuantes (estudantes, turistas, trabalhadores, dentre outros), os brasiguaios e os próprios moradores que possuem residência fixa no município. O desenho institucional das políticas sociais, que como destacado anteriormente, preconiza territórios estáticos e imutáveis é fortalecido pela visão tecnocrática dos gestores municipais, visto que estes naturalizam esse espaço sob um conceito que se restringe as suas dimensões demográficas (Silva, 2006).

Esse ponto de vista tem como base a utilização de exigências formais, como residência fixa, para promover o direito ao acesso à saúde. Essas ações, na visão burocrática da gestão, são fundamentadas sob o discurso da contenção de gastos, mas que ao mesmo tempo demarca a universalidade do SUS como um direito assegurado apenas aos moradores "fixos" do município. Essa postura gerencialista, desconsidera de maneira contundente as carências históricas da região e, conforme pontuado por Silva (2006), atuam como um vetor de acirramento das desigualdades sanitárias, empurrando os sujeitos transfronteiriços à clandestinidade institucional.

Esse cenário de seletividade e exclusão incide diretamente sobre o exercício profissional dos assistentes sociais, agrava de forma categórica a autonomia desses profissionais. O assistente social, na sua condição de trabalhador assalariado inscrito na divisão sociotécnica do trabalho, segundo analisado por Iamamoto (2009), tem sua atuação e competências profissionais estruturadas a partir de escolhas abstratas da categoria, mas que são dialeticamente balizadas pelas requisições, amarras e condições materiais dadas pela matriz institucional. Significa dizer que, na região de fronteira, o fazer profissional está estruturado em uma armadilha contraditória, isto é: de um lado está o compromisso ético-político do Serviço Social e as diretrizes do SUS, que convocam estes profissionais a garantir de forma incondicional os direitos sanitários dos usuários; do outro, se encontra as requisições operativas do Estado neoliberal que impõe racionalização e supressão dos direitos sociais, agravando ainda mais as manifestações da questão social na região iguaçuense.

#### 4.3 Transformações no exercício profissional: A realidade contemporânea

Identifica-se, que os desafios contemporâneos materializados no primeiro nível de atenção do SUS na região da fronteira iguaçuense, não podem ser considerados como situações imediatas, se não como parte de um processo histórico-concreto que busca suprimir, diariamente, os direitos de seus usuários. Portanto, esse panorama geral acerca do exercício profissional do assistente social em meados dos anos 2000, é essencial para captar as contradições que materializam no cotidiano desses profissionais no tempo presente.

Em vista disso, algumas informações precisam ser esclarecidas antes de adentrarmos na discussão do exercício profissional dos assistentes sociais na região de fronteira na cena contemporânea. Como discorrido no capítulo anterior, a atenção básica sofreu transformações que alteraram o seu fluxo de trabalho, como a estruturação da própria PNAB e a criação das equipes multiprofissionais, por exemplo. Posto isso, esses elementos precisam ser apreendidos a partir de sua materialização na política de saúde cidade de Foz do Iguaçu, observando como se organiza a "porta de entrada" do sistema de saúde na cidade, para que assim possamos retornar ao debate das especificidades da atuação do Serviço Social nessa região.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu constitui-se como um documento de transparência acerca do financiamento, atendimento, procedimentos e outros assuntos relacionados aos serviços de saúde realizados na fronteira iguaçuense. O arquivo publicizado em 2026, referente ao ano de 2025, revela que a atenção básica no município continua estruturada em 5 distritos sanitários, no entanto, houve um crescimento no número de UBS, pois a cidade agora passa contar com 28 unidades (Foz do Iguaçu, 2026).

É interessante destacar que no RAG não há menção aos Núcleos de Saúde que existiam na década anterior. A extinção dessa modalidade de trabalho que, conglomerava dois tipos de serviços diferentes no mesmo espaço – atenção básica e especializada – pode ser interpretada a partir instituição e implementação da PNAB no município, visto que a política centraliza as UBS como ferramentas institucionais essenciais para organizar o primeiro nível de atenção do SUS. Outro ponto que precisa ser mencionado diz respeito ao número de assistentes sociais inseridos na política de saúde. Atualmente, o município possui 18 profissionais do Serviço Social alocados na Secretaria

Municipal de Saúde, no entanto, apenas 6 desses profissionais atuam na ABS e é sobre o seu processo de trabalho que debruça essa pesquisa (Foz do Iguaçu, 2026).

Esse novo desenho institucional contemporâneo da política de saúde iguaçuense apresenta dois aspectos essenciais que precisam ser apreciados: a expansão do número das UBS não se reduz a uma mera decisão administrativa, mas demonstra que as necessidades sanitárias do território fronteiriço passam a ter mais visibilidade; a delimitação formal de assistentes sociais na ABS permite a intervenção profissional seja apreendida para além da imediatividade clínica que caracterizava parte do processo de trabalho desses profissionais na década anterior. Essas mudanças são oriundas de um processo dialético, pois ao mesmo tempo que se amplia a universalização da saúde, o projeto neoliberal ganha forças com suas políticas de ajuste fiscal.

Conforme exposto no RAG, a atenção básica em Foz do Iguaçu segue os princípios estabelecidos pela PNAB de 2017. Sob tal afirmação, se faz imperativo destacar que essa nova formulação é amplamente compreendida como o marco que institucionalizou a contrarreforma na atenção básica, visto que a perspectiva universalista é substituída pela lógica neoliberal de focalização e racionalização dos serviços de saúde. Esse reordenamento da política de saúde impacta diretamente sobre o exercício profissional dos assistentes sociais na região iguaçuense, local onde a universalidade historicamente é precarizada.

Essa tônica destrutiva que corrompe a PNAB e transforma os processos de trabalho na área da saúde, tem sua fundamentação na nova morfologia do trabalho. As alterações que ocorrem no interior do mundo do trabalho ditadas pelo capital em sua face neoliberal, são parte inerente de um processo, que nas palavras de Raichelis (2020, p. 24), possuem grande complexidade, uma vez que essas mudanças não se limitam apenas ao mercado privado, mas igualmente invadem o setor público, pois "atinge a totalidade da força de trabalho, as relações de trabalho no espaço estatal das políticas sociais".

O tripé terceirização, flexibilização e precarização é a expressão emblemática que tipifica a nova morfologia do trabalho em tempos de profunda degradação nas suas formas de realização, que está presente nos diferentes espaços ocupacionais onde se inserem assistentes sociais e demais profissionais, nas políticas de saúde, assistência social, habitação, entre outros (Raichelis, 2020, p.26).

O reflexo desse processo se expressa no estrangulamento da atenção básica, que foi escalonado com o passar dos anos, o desfinanciamento das equipes interdisciplinares instituído pela Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, descobriu parte da rede de serviços de saúde, promovendo o aumento da precarização da política. Todavia, em 2023 o atual governo federal, liderado pelo presidente Lula, em uma tentativa de

recomposição do trabalho interdisciplinar em saúde da atenção básica, formaliza através da Portaria nº635/GM/MS a E-multi.

A constituição desse novo arranjo tem como objetivo principal atuar de forma completar às diferentes equipes da ABS, através de suporte clínico, sanitário e pedagógico. Outro ponto importante é que o financiamento que havia sido interrompido em 2020 é retomado com essa nova modalidade, entretanto, o pagamento é atrelado ao cumprimento de indicadores de desempenho e avaliação. Ademais, duas iniciativas são instituídas: a primeira corresponde a legitimação do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação, conhecidas como TICs, como ferramentas centrais de trabalho (teleatendimento, teleinterconsulta); a segunda diz respeito a autonomia concedida para os gestores municipais que são os responsáveis por definirem a carga horária das categorias que irão compor a E-multi, quais profissionais serão contratados e como serão seus vínculos de trabalho (Brasil, 2023).

A implementação da e-Multi expõe de forma categórica como o Estado neoliberal organiza a política de saúde a partir de uma lógica mercantil e, é sob este novo formato de trabalho que o Serviço Social, inserido na atenção básica de Foz de Iguaçu, exerce suas funções atualmente. Esse contexto desloca a intervenção profissional dos princípios doutrinários do SUS e do projeto ético-político da profissão, exigindo, mais do que nunca, profissionais capazes de analisar a realidade social a partir de uma perspectiva teórico-metodológica que ofereça referências concretas para a ação. Nessa direção crítica, Vasconcelos (2006) descreve que é a apropriação desse instrumental que permite reconstruir continuamente o movimento do real enquanto expressão da totalidade da realidade social, gerando as condições necessárias para um exercício profissional crítico, criativo, consciente e politizante, cuja efetivação só é possível na unidade indissociável entre teoria e prática.

Para dar materialidade as análises de Vasconcelos (2006), faz-se necessário compreender quais instrumentos técnico-operativos regulam e direcionam o trabalho dos assistentes sociais na atenção básica em região de fronteira. Nesse sentido, para além das normativas da e-Multi, em Foz do Iguaçu a intervenção do Serviço Social é igualmente orientada por protocolos municipais de atendimento. O Protocolo do Programa de Oxigênio Terapia Domiciliar Prolongada (Anexo A) tem como objetivo principal promover melhora nas condições de vida de pacientes diagnosticados com doenças pulmonares crônicas e que necessitam do uso de oxigênio de forma contínua.

O trabalho multidisciplinar é base fundante desse documento, onde

diversos profissionais da atenção básica atuam na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, dentro desse instrumental o papel desempenhado pela categoria se desdobra em orientações acerca da utilização do equipamento, bem como preenchimento de fichas cadastrais para inclusão desses usuários no programa e a comunicação com as equipes de saúde a respeito das novas adesões a esse tipo de tratamento, visto que ele é realizado no ambiente familiar desses usuários.

No caso do Protocolo de Laqueadura (Não Gestantes) e Vasectomia Eletivas (Anexo B), esse tem seu foco na promoção e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres e dos homens. Ademais, este documento é balizado pela Lei 9.263/96 que institui o planejamento familiar como uma ferramenta do SUS de garantir assistência integral à saúde desses usuários, tanto na sua forma individual quanto na sua forma coletiva. Os assistentes sociais e psicólogos são responsáveis pelo acolhimento desses pacientes e pela elaboração de um parecer técnico acerca da realização do procedimento. Esses instrumentos técnico-operativos evidenciam que o Serviço Social atuante na fronteira iguaçuense, está sucumbido a rotinas pragmáticas, que contribuem para um espaço de produção clínico e mercantil. A ausência de documentos que envolvam as especificidades da região fronteiriça e de seus usuários ou que organizem a intervenção profissional no âmbito da atenção básica, demonstra que os avanços do Estado neoliberal e sua dinâmica de racionalização da política, têm transformado o cotidiano de trabalho desses profissionais, pois como observa Raichelis (2020, p.33):

O trabalho de assistentes sociais integra, pois, essa dinâmica racionalizadora, com rebatimentos nas atribuições e competências profissionais, cujas as tendências se expressam, entre outras, por: crescente rotinização de atividades e padronização dos processos de trabalho; alto nível de prescrição de tarefas e atividades com produção intensa de manuais, cartilhas, orientações, monitoramento, definição de metas, quantificação de atividades (nº de visitas, entre vistas, cadastros); e fortalecimento de mecanismos de controle dos serviços e benefícios, que se transformam em controle dos/as beneficiários/as.

As afirmações de Raichelis (2020) são indispensáveis para compreender o Quadro de Atividades Profissionais da e-Multi (Quadro I) produzido gestão municipal, e seguindo o recorte dessa pesquisa, nos atentaremos apenas aos números de atuação dos assistentes sociais da fronteira.

| CLASSE DE PROFISSIONAIS |          | CONSULTAS INDIVIDUAIS | VISITAS DOMICILIARES | ATENDIMENTO COMPARTILHADO | PROMOÇÃO DA SAÚDE | ABSENTEÍSMO |
|-------------------------|----------|-----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|-------------|
| ASSISTENTE SOCIAL       | DISTRITO | TOTAL                 | TOTAL                | TOTAL                     | TOTAL             | TOTAL       |
| [REDACTED]              | Nordeste | 3544                  | 11                   | 0                         | 0                 | 0           |
| [REDACTED]              | Leste    | 1494                  | 59                   | 0                         | 195               | 363         |
| [REDACTED]              | Oeste    | 1615                  | 96                   | 0                         | 89                | 116         |
| [REDACTED]              | Norte    | 1669                  | 15                   | 0                         | 0                 | 0           |
| [REDACTED]              | Apoio    | 429                   | 81                   | 0                         | 8                 | 30          |
| [REDACTED]              | Sul      | 1260                  | 50                   | 0                         | 0                 | 370         |
| TOTAL                   |          | 10011                 | 312                  | 0                         | 292               | 879         |

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2025.

O quadro exposto no RAG apresenta as classes de atendimentos e o número de cada procedimento realizado pelas assistentes sociais na fronteira iguaçuense e esses elementos precisam ser compreendidos e problematizados, individual e coletivamente. Em primeiro lugar, é preciso esclarecer que os nomes das profissionais do município foram censurados seja em respeito ao sigilo e anonimato desses sujeitos, seja porque este dado é irrelevante para as problematizações levantadas nessa pesquisa. Em segundo lugar, os dados referentes ao absenteísmo não serão abordados nesse trabalhos, pois tratam-se do não comparecimento dos usuários aos atendimentos marcados.

Posto isto, é preocupante que os atendimentos individuais se sobreponham expressivamente as atividades coletivas – visitas domiciliares, atendimentos

compartilhados e de promoção a saúde. Essa preocupação se baseia no documento produzido pelo CFESS mencionado anteriormente (Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde), que caracteriza os atuação em consultório na atenção básica como algo eletivo e primordia as ações coletivas em saúde.

Ademais, os estudos de Vasconcelos (2006) nos esclarecem que, ainda que o atendimento individual seja resolutivo e acolhedor na perspectiva dos usuários, por outro lado esse tipo de atividade negligencia demandas coletivas que, em muitos casos, nem se quer são apreendidas como demandas do Serviço Social. A autora reforça o papel do assistente social como um agente que intervém na saúde através da promoção, educação e prevenção da saúde e a participação no controle social da política, alicerçado pelo referencial teórico-crítico e as dimensões ético-políticas que orientam o fazer profissional. Tal perspectiva teórico-metodológica elucida que a atuação profissional da categoria no território fronteiro necessita de uma apreensão da totalidade do processo de saúde-doença e das especificidades que constroem-se nesse espaço e tensionam o exercício desses profissionais.

Concomitante com os estudos de Vasconcelos (2006), o pesquisador Sodré (2014) categoriza a visita domiciliar como uma ferramenta de promoção à saúde. Nessa linha de raciocínio, se faz necessário compreender a fronteira, enquanto um território vivo que possui dinâmicas que extrapolam os limites burocráticos das UBS, demandando uma investigação cotidiana de suas múltiplas dimensões e determinações sociais e econômicas. Para Sodré (2014, p. 82) "este trabalho do diálogo, da atenção, orientação e escuta é um trabalho que não atende a indicadores ou metas a serem alcançados por gestores de serviços de saúde, pois não são contabilizados como algo calculável".

As indicações de Sodré (2014) entram em concordância com as análises de Raichelis (2020) acerca da nova morfologia que molda o trabalho dos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais na era do capitalismo neoliberal. Ao refletir sobre o número baixo de visitas domiciliares realizadas por esses profissionais, nota-se que a atuação do Serviço Social na fronteira iguaçuense tem se desvinculado cada vez mais do seu potencial politizante e transformador argumentado por Vasconcelos (2006) anteriormente. Desta forma, retomar arcabouço teórico-metodológico produzido pela categoria no que tange à intervenção profissional na atenção básica é crucial, pois é a inserção direta desses profissionais no local onde a vida social e o trabalho das famílias se reproduzem, que permite decifrar as reais condições dos sujeitos transfronteiriços.

Como enfatizado em diversos momentos dessa pesquisa, a promoção a

saúde é um dos pilares da PNAB, pois se constitui como um instrumento ampliado de viabilizar o direito e o acesso à saúde. Dentro desse espectro, o baixo índice de atividades que englobam esse elemento fundamental da atenção básica compromete a capacidade profissional de interpretar as reais necessidades sanitárias dos usuários da fronteira. Nas investigações de Sodré (2014, p. 74-75) "a promoção da saúde resguarda aspectos da educação em saúde, baseada na tecnologia do diálogo que produz conhecimento em ato, no momento do encontro". Isto é, segundo o autor, essas características dizem respeito a um conjunto de ações que se fundamentam no acesso aos serviços de saúde como um propulsor que produz um referencial sobre o modo de produzir saúde.

O ápice das contradições expostas pelo quadro reside na absoluta inexistência de atendimentos compartilhados (totalizando zero registros), modalidade operativa que materializa a interdisciplinaridade defendida por Teixeira e Nunes (2006) no capítulo anterior. Ao anular o fazer compartilhado, o Serviço Social nega a premissa fundamental da troca dialógica e horizontal de saberes entre as diferentes categorias profissionais que integram a e-Multi, promovendo o isolamento das atribuições no interior dos consultórios. Esse dado entra em colisão direta com a própria razão que justificou a inclusão das equipes multiprofissionais no primeiro nível de atenção do SUS: a ruptura com o modelo biologicista centrado na doença e a construção coletiva de projetos terapêuticos capazes de apreender a dimensão social da saúde.

No cenário específico de Foz do Iguaçu, essa desarticulação interdisciplinar compromete severamente a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população transfronteiriça. Diante de sujeitos cujas trajetórias são marcadas pelas múltiplas determinações econômicas, sociais e culturais do espaço de fronteira — que envolvem a precarização laboral, a irregularidade documental e as barreiras institucionais de acesso —, a atuação sem interlocução entre as áreas reduz o cuidado a intervenções pontuais e fragmentadas. Inviabiliza-se, assim, a apreensão da totalidade do processo saúde-doença desse público, cuja complexidade cotidiana exige, obrigatoriamente, o entrelaçamento de saberes e a formulação de estratégias intersetoriais e compartilhadas que ultrapassem a mera rotina burocrática dos atendimentos individuais.

Por fim, a realidade contemporânea da atenção básica de Foz do Iguaçu revela que o contingente de assistentes sociais inseridos nesse nível de complexidade do SUS permanece baixo e desproporcional frente ao aumento populacional e expressivo de UBS. Essa escassez de recursos humanos desafia o exercício profissional da categoria e como consequência direta, a imediatividade clínica apresentada por Silva (2006), se torna

objeto central da intervenção profissional, em detrimento do compromisso ético-político de desvelar as expressões da questão social em sua totalidade. Essa dinâmica acaba por engessar a autonomia do Serviço Social discutida por Iamamoto (2009), e reintera o ato assistencial, reduzindo a atuação desses profissionais a respostas paliativas e isoladas na linha de frente do sistema, o que consequentemente compromete a qualidade do serviço e a resolução às necessidades sanitárias dos cidadãos transfronteiriços.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões apreendidas ao longo deste estudo convidam o leitor a primeiramente compreender o entrelaçamento entre a história da política de saúde no Brasil contemporâneo e a inserção do Serviço Social nesse espaço. A investigação permitiu estabelecer que os fatores históricos são processos paralelos indissociáveis e que a estrutura hegemônica capitalista que ordena as relações sociais, igualmente atravessa a construção e institucionalização da saúde como um direito social e, a recusa da categoria em subordinar o seu fazer profissional aos ditames do capital.

Essa relação dialética entre a totalidade macroestrutural e mediações institucionais ganha materialidade e contornos específicos quando esses fatores são deslocados para as particularidades socioterritoriais do município de Foz do Iguaçu. Longe de constituir-se como uma linha divisória puramente demográfica ou administrativa, a região da Tríplice Fronteira desvela-se como um espaço vivo, cujas determinações histórico-concretas e o intenso fluxo de uma população flutuante heterogênea tensionam diretamente a execução das políticas sociais. É nesse cenário transfronteiriço que as contradições da atual fase do capitalismo e sua agenda de austeridade fiscal se expressam de forma contundente e violenta no primeiro nível de complexidade do SUS.

Portanto, a investigação das condições objetivas que cercam a atenção básica na fronteira, balizada pelas ferramentas técnico-operativas e pelos dados encontrados no Relatório Anual de Gestão (RAG), torna-se o caminho indispensável para decifrar como a racionalização mercantil incide sobre o cotidiano de trabalho do Serviço Social nessa localidade. A pesquisa realizada apontou um esvaziamento de recursos humanos frente a expansão populacional e o número de UBS, isto é, a manutenção do número de assistentes sociais não acompanhou os avanços institucionais e territoriais do município, visto que a atual quantidade (6 profissionais para cobrir o universo territorial de 28 UBS) é irrisória em relação às demandas da Tríplice Fronteira.

Outro ponto essencial constitui-se na sobreposição da imediatividade clínica diante das atividades coletivas, o estrangulamento dessas atividades se expressa em números alarmantes, dado que foram contabilizados 10.011 consultas individuais e apenas 312 visitas domiciliares, 302 ações de promoção à saúde e zero atendimentos compartilhados. Nessa direção crítica, esses números para além de ignorarem as necessidades sanitárias coletivas dos usuários da fronteira, neutraliza o potencial politizante do Serviço Social e contribui com a lógica produtivista de mercado. Esse

movimento possui forte influência da agenda neoliberal que institui o teto de gastos para o setor público com a Emenda Constitucional nº 95, que como destacado por Raichelis (2020), fundamenta-se no tripé da flexibilização, terceirização e precarização das condições de trabalho.

A lógica de racionalização neoliberal expressa sua ânsia de sucateamento da atenção básica ao criar a e-Multi. Esse novo arranjo de equipes multiprofissionais, embora tenha recomposto parte do financiamento da política de saúde submete os repasses ao cumprimento rígido de indicadores de desempenho e fomenta fortemente o uso de TICs (saúde digital) e, intensifica os processos burocráticos das UBS ao instaurar metas e controle de tarefas em detrimento da consolidação do vínculo entre os usuários e as instituições.

Essa postura tecnocrática é enrijecida pela concepção engessada da totalidade da determinação social da saúde que os gestores locais possuem, visto que estes ignoram a dinâmica territorial e populacional da fronteira iguaçuense, que se fundamenta em um espaço transfronteiriço vivo, um organismo que é dialeticamente marcado pelos processos sociais da sociedade capitalista. Paralelamente, as particularidades da fronteira são negligenciadas quando exigências formais como comprovante de residência fixa tornam-se critérios de elegibilidade para acessar os serviços de saúde, a universalidade da lugar aos ditames do capital que impõe uma lógica gerencialista e de redução de custos na atenção básica, empurrando a população flutuante e os sujeitos transfronteiriços à clandestinidade institucional.

Esses componentes quando refletidos indissocialmente, como o caso dessa monografia, reafirmam que a superação das rotinas pragmáticas e protocolos administrativos que atravessam o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos na atenção básica de Foz do Iguaçu, será possível no momento em que esses profissionais se apropriarem firmemente das suas dimensões formativas: teórico-metodológica; técnico-operativa e ético-política.

Em suma, a resposta profissional contra-hegemônica reside na recusa das requisições institucionais indevidas e na transformação do espaço sócio-ocupacional em lugar de diálogo, educação em saúde e defesa intransigente da saúde como um direito social inviolável e de dever do Estado. Portanto, urge a necessidade de resgatar as bases que constituem o Serviço Social brasileiro como um produto da classe trabalhadora, visto que são as demandas coletivas dessa população que está deslocada do exercício profissional dos assistentes sociais.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. In: Cadernos ABESS, n. 7. São Paulo: Cortez, 1997.
- ANDRADE, Liliane Gomes de Abrantes. **Mercado de trabalho das/os assistentes sociais frente ao processo de interiorização dos cursos de Serviço Social**: uma análise das relações de trabalho das/os profissionais inseridas/os nos espaços sócio-ocupacionais de Sousa-PB. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.
- BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social (Org.). 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2017.
- BEHRING, Elaine Rossetti; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; FREIRE, Silene de Moraes (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 103-122.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p. 10-22, jan./jun. 2023.
- BEZERRA, Angélica Luiza Silva; MEDEIROS, Milena Gomes de. Questão social, Serviço Social e pandemia: dilemas e tendências. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 25, n. 2, p. 261-278, jul./dez. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS nº 1 de 1996. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 22.932, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual de Orientação para a Contratação de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 97, p. 81, 23 maio 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 35, p. 16-24, 2021.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

COHN, Amélia. Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 32, p. 6-16, 1994.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 225-244.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 19 jul. 2025.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório final**: Conferência Sérgio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel\\_final\\_12CNS.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel_final_12CNS.pdf). Acesso em: 10 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as categorias de assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 1997. Seção 1, p. 8932-8933.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1999. Seção 1, p. 17.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012 [1993].

**Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 jul. 2025

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 706-722, out./dez. 2014

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. Estratégia Saúde da Família. In: MATOS, Maurílio Castro de *et al.* (org.). **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. [S.l.]: Navegando Publicações, 2024.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. Tradução de Carlos Szlak. São Paulo: Annablume, 2005.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HORST, Claudio Henrique Miranda. Serviço Social e a temática família: renovação e conservadorismo na produção do conhecimento. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 392-414, jul./dez. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, [2009]. p. 1-36.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A centralidade da história no Serviço Social brasileiro. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Diálogos do Cotidiano**: reflexões sobre o trabalho profissional. Brasília: CFESS, 2021. v. 1. p. 14-28.

MATOS, Maurílio Castro de. Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde: reflexões a partir do debate brasileiro. **Interacções**, [S. l.], n. 17, p. 45-63, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jul./dez. 2010.

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

Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n. 3, p. 41-50, jan./jun. 2001.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-22.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2015.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Katálisis**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 41-48, 1998.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Maria Geusina da. Direitos, fronteiras e desigualdades em saúde. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 83-98, dez. 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 10, n. 2, p. 45–72, 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006). **Caminhos da História**, Montes Claros, v. 26, n. 2, p. 32-55, jul./dez. 2021.

PEITER, Paulo Cesar. Saúde na fronteira e fronteira(s) na saúde: mudanças nas representações, significados e funções no mundo contemporâneo. In: ROMA, Cláudia Marques *et al.* (org.). **Geografia e saúde: conceitos, teorias e metodologias**. Dourados, MS: Editora UFGD, 2020. p. 15-27.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-334, maio/ago. 2018.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993. 269 p.

RAICHELIS, Raquel. Tecnologia, trabalho e pandemia no capitalismo em crise: admirável mundo novo? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 144, p. 5-16, maio/ago. 2022.

SANTOS, Eliezer Rodrigues; LANZA, Líria Maria Bettiol. O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 2, p. 233-246, jul./dez. 2014.

SILVA, Maria Geusina da. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios**: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, Maria Geusina da. **O Pacto pela gestão e a saúde na fronteira**: condições e relações de trabalho do assistente social em debate. 2012. 246 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

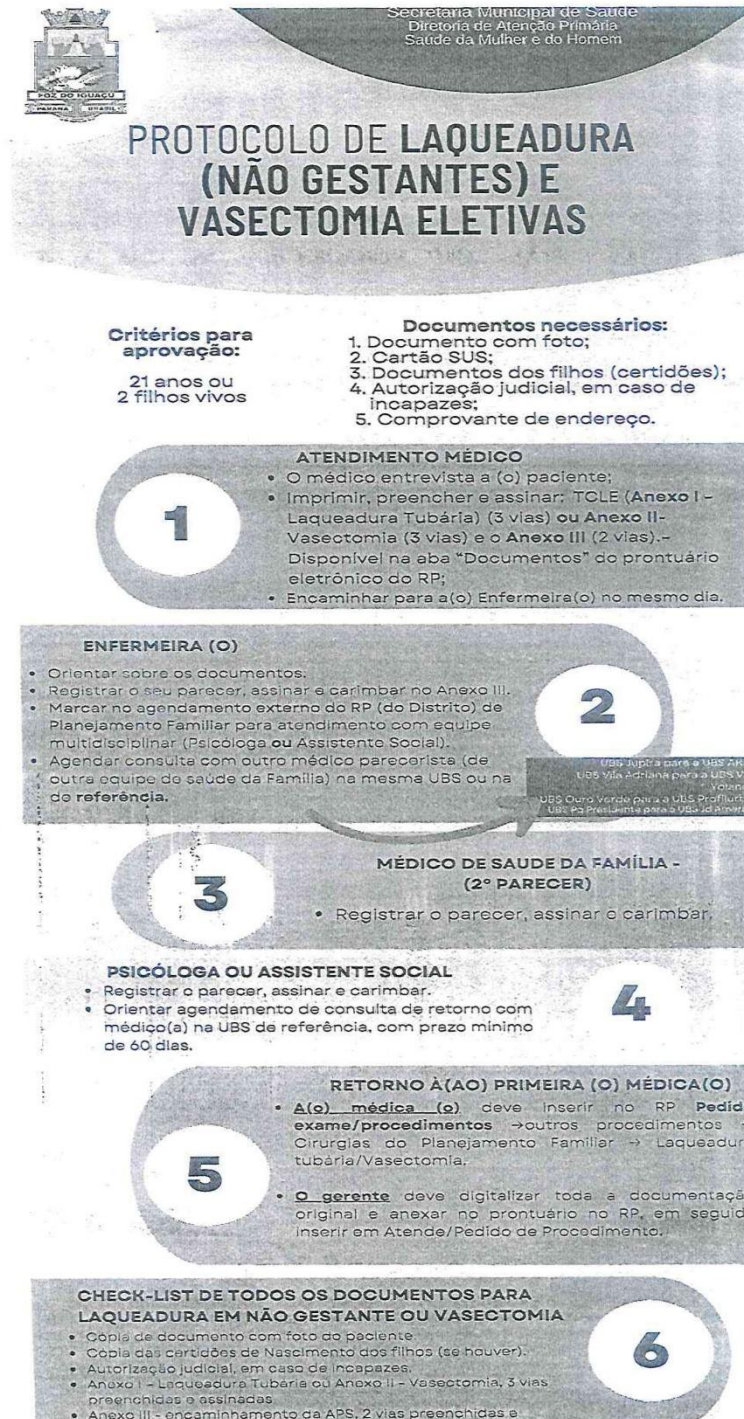
SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

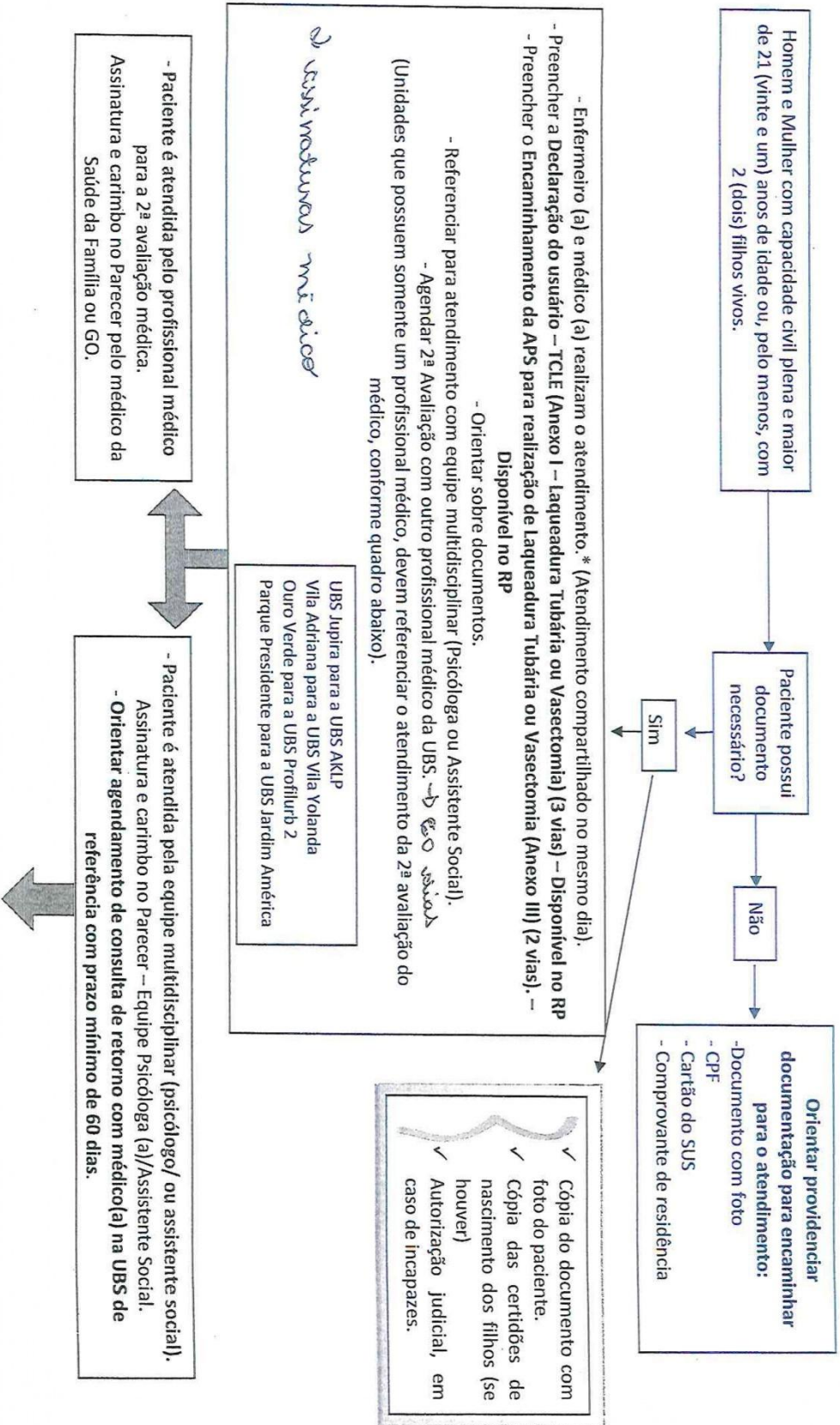
## ANEXO A – PROTOCOLO DE LAQUEADURA (NÃO GESTANTES) E VASECTOMIA ELETIVAS



## APÊNDICE II

## Secretaria Municipal de Saúde – Foz do Iguaçu – PR – Diretoria de Atenção Básica

## PLANEJAMENTO FAMILIAR – LAQUEADURA TUBÁRIA ELETIVA E VASECTOMIA



Se após este período de 60 dias, ainda for de interesse da solicitante a realização da esterilização cirúrgica, retorna ao primeiro médico que atendeu.

Médico(a) da Saúde da Família, após 60 dias do início do processo:

- Inserir na fila de cirurgia:
- 191 - Planejamento Familiar – laqueadura.
- 192 – Planejamento Familiar - vasectomia.
- O processo deve ser digitalizado e anexado no prontuário no RP (digitalização de responsabilidade da equipe e/ou gerência).

Após a inserção na fila, o setor da central de agendamento de Cirurgias Eletivas realizará o agendamento para o ambulatório de pré-operatório.

No dia da consulta deverá estar com toda a documentação fornecida pela equipe de planejamento familiar.

Documentação exigida para realização da laqueadura:

- Cópia de documento com foto do paciente.
- Cópia das certidões de Nascimento dos filhos (se houver).
- Autorização judicial, em caso de incapazes.
- Preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (3 vias) (Anexo I – Laqueadura Tubária ou Anexo II – Vasectomia).
- Preenchimento do encaminhamento da APS (2 vias) para esterilização cirúrgica (Anexo III).

**Atenção:** Não há exigência de que as assinaturas nas documentações, acima descritas, sejam reconhecidas em cartório.



Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Atenção Primária  
Linha de Cuidado Materno, da Mulher e  
Planejamento Familiar

## PROTOCOLO DE LAQUEADURA (NÃO GESTANTES) E VASECTOMIA ELETIVAS



21 anos ou 2 filhos vivos, desde que seja maior de 18 anos.

1. Documento com foto; 2. Cartão SUS; 3. Documentos dos filhos quando o solicitante é menor de 21 anos (cartidões ou RG); 4. Autorização judicial, em caso de incapazes; 5. Comprovante de endereço; 6. Cópia do último resultado de citopatológico (laqueadura).

### IMPORTANTE

- Não há exigência de que as assinaturas nas documentações sejam reconhecidas em cartório;
- Orientar que os documentos gerados e assinados ficarão de posse do paciente e a sua responsabilidade não extrair, rasgar, molhar ou sujar;
- A data da manifestação da vontade é a mesma do primeiro atendimento médico impresso no documento.
- Pessoas sem filhos, obrigatoriamente devem passar pela avaliação psicológica.

### 1º MÉDICO (a):

1. Acolher o paciente a realizar o aconselhamento sexual e reprodutivo;
2. Imprimir, preencher e assinar o: TCLE (Anexo I - Laqueadura, Tubadura ou Anexo II - Vasectomia) - (2 vias) e o anexo III - (2 vias);
3. Encaminhar para a (o) Enfermeira(o) de referência no momento da

### ENFERMEIRO (a):

1. Acolher a (o) paciente e orientar sobre os documentos;
2. Marcar no Agendamento Externo do RP - Saúde o atendimento com equipe multidisciplinar (Psicólogo ou Assistente Social);
3. Agendar consulta com um 2º médico parceiro(a) de outra equipe ou da ubi de referência;
4. Registrar parecer no anexo III, assinar e carimbar;
5. Orientar o retorno após passar com a equipe multidisciplinar.

1. Acolher a (o) paciente;
2. Registrar o parecer no anexo III, assinar e carimbar.

### PSICÓLOGO (a) OU ASSISTENTE SOCIAL:

1. Acolher a (o) paciente;
2. Registrar o parecer no anexo III, assinar e carimbar.

### ENFERMEIRO (a) ou SUPERVISOR (a):

1. Deve conferir a documentação;
2. Encaminhar para a digitalização dos documentos e anexar em prontuário eletrônico; (supervisor ou outro profissional da equipe);
3. Agendar retorno com 1º médico parceiro(a) para solicitação do procedimento e inserção na fila (agendamento ou demanda do dia).

### ENCERRAMENTO

- Não há necessidade de esperar os 60 dias para o médico solicitar o procedimento laqueadura/vasectomia;
- A documentação original deve ser entregue ao paciente, uma via será para o hospital e outra ficará de posse do paciente;
- A documentação não tem data de validade, uma vez que a pessoa requisitante manifestou a vontade e esperou os 60 dias exigidos por lei, o procedimento pode ser realizado a qualquer tempo;
- O seguimento do homem após realizar vasectomia (espermograma), deverá ser realizado com o médico da equipe de referência.



Autenticado com senha por TATIANY SILVA SANTOS - SUPERVISÃO TÉCNICA II - LINHA DE CUIDADO MATERNO, DA MULHER E PLANEJAMENTO FAMILIAR - 17/05/2025 às 12:49:11; FABIO DE MELLO - RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - 07/05/2025 às 18:50:07; FELIPE CESAR LA - SIGNATÁRIO - 08/05/2025 às 06:49:17; ROSANGELA AGRIPINO DA SILVA - SUPERVISÃO TÉCNICA I DE ENFERMAGEM E AGENTE COMUNITÁRIO - 08/05/2025 às 12:07:27; CAROLINE VILLALBA DE OLIVEIRA - COORDENAÇÃO TÉCNICA ADMINISTRATIVA / ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - 08/05/2025 às 14:16:37; BARBARA DE ANDRADE ALVES DORNELLES - DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - 08/05/2025 às 17:01:01  
Número Código: f532878b-5fdd-4be8-80fa-76f1db482fc7 - consulta à autenticidade em  
s://sistemas.pmf.pr.gov.br/RP/SIDPublico/verificar?codigo=f532878b-5fdd-4be8-80fa-76f1db482fc7

**ANEXO B – PROTOCOLO PROGRAMA DE OXIGÊNIO TERAPIA DOMICILIAR  
PROLONGADA**



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR  
Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Atenção Básica**

**PROTOCOLO  
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA - ODP**

**FOZ DO IGUAÇU - 2016**



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**PREFÁCIO**

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias entre as quais podemos citar a fibrose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica e a bronquiectasia. Os pacientes que apresentam este tipo de complicação cursam com hipoxemia e/ou hipercapnia e podem manifestar importante comprometimento psíquico, social e físico com deteriorização da qualidade de vida.

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) melhora a sobrevida dos pacientes com insuficiência respiratória crônica, embora o mecanismo fisiopatológico preciso ainda não esteja totalmente esclarecido. É sabido que a ODP reverte a policitemia e melhora a hipertensão arterial pulmonar, a função cardíaca ventricular e a tolerância aos exercícios. A correção da hipoxemia arterial reduz a dispnéia, melhora o funcionamento cerebral e consequentemente esses pacientes apresentam uma melhora na qualidade de vida. Outro benefício da ODP é a diminuição das complicações decorrentes das exacerbações agudas da doença de base e a diminuição do número de internações hospitalares.

A ODP é uma modalidade de tratamento de custo elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pelas sociedades científicas de pneumologia. Esse protocolo fornece critérios baseados nas evidências científicas atuais, para a indicação e o acompanhamento adequado do fornecimento dessa forma de terapêutica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu através desse protocolo visa garantir o acesso gratuito ao programa ODP a todos os pacientes que necessitem (adultos e crianças) assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência.



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

**Assistentes Sociais:**

Beatriz Schultz

Giselle Thaís Krämer de Jesus Campelo

Joanita Carbonera

Lucila Izabel Bernardi

**Enfermeiras:**

Cassandra Severo Amaral Vieira – Representante Distrito Nordeste

Claudia de Oliveira Alves – Representante Distrito Leste

Juliana do Nascimento – Representante Distrito Sul

Karina Muriel Carbajal Dugatto – Representante Distrito Norte

Rozineide Batista dos Santos – Representante Distrito Oeste

**Médicos:**

Paula Novak Leite – Médica da Família

Luiz Henrique Zaions - Pneumologista

**Fisioterapeuta:**

Rodrigo Juliano Grignet

**COLABORADORES**

Luci Aparecida M. Montali – Cirurgiã Dentista

Thaís Fronczack - Fisioterapeuta

Michele Luciana Weber Pignataro – Assistente Administrativo

Carlos Eduardo de Santi – Diretor da Atenção Básica

Maurício Iopp – Resp. Laboratório Biocenter

José Maciel Júnior – Central de agendamento



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

SUMÁRIO

|                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                   | <b>5</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>                                                                                    | <b>6</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral .....</b>                                                                             | <b>6</b>  |
| <b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>                                                                      | <b>6</b>  |
| <b>3 CRITÉRIOS PARA O PROGRAMA DE ODP .....</b>                                                             | <b>7</b>  |
| <b>3.1 Critérios de inclusão .....</b>                                                                      | <b>7</b>  |
| <b>3.2 Critérios de Manutenção .....</b>                                                                    | <b>8</b>  |
| <b>3.3 Critérios de Exclusão .....</b>                                                                      | <b>8</b>  |
| <b>4 FLUXOS DO SERVIÇO .....</b>                                                                            | <b>9</b>  |
| <b>4.1 Fluxo de dispensação inicial da ODP para usuários da Rede SUS do município de Foz do Iguaçu.....</b> | <b>9</b>  |
| <b>4.2 Fluxo para manutenção e acompanhamento dos usuários cadastrados no programa ODP .....</b>            | <b>10</b> |
| <b>5 ATRIBUIÇÕES .....</b>                                                                                  | <b>11</b> |
| <b>5.1 Empresa fornecedora de ODP .....</b>                                                                 | <b>11</b> |
| <b>5.2 Coordenação do Programa ODP/DIAB .....</b>                                                           | <b>11</b> |
| <b>5.3 Serviço Social .....</b>                                                                             | <b>12</b> |
| <b>5.4 Médico/Enfermeiro das UBS e ESF .....</b>                                                            | <b>12</b> |
| <b>5.5 Agente Comunitário de Saúde (ACS) .....</b>                                                          | <b>12</b> |
| <b>5.6 Recepção da UBS .....</b>                                                                            | <b>12</b> |
| <b>5.7 Usuário .....</b>                                                                                    | <b>13</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                    | <b>14</b> |
| <b>Anexos .....</b>                                                                                         | <b>15</b> |



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

## **1 INTRODUÇÃO**

Atualmente no Brasil, as doenças pulmonares correspondem a 5ª causa de morte, ou seja, a hipoxemia crônica tem alta prevalência decorrente de doenças cardíacas e respiratórias. A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas, portanto, alguns pacientes, portadores dessas doenças, se tornam dependentes de suporte ventilatório avançado e para que consigam ter alta hospitalar necessitam de dispositivos de assistência ventilatória e oxigenoterapia para continuar o tratamento em seus domicílios.

A oxigenoterapia consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado. A oxigenoterapia é uma terapêutica eficaz para os doentes com insuficiência respiratória. O seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia (baixa da concentração de oxigênio no sangue). Esse tratamento demonstrou, em vários estudos efetuados, que ocorre um aumento na sobrevida e melhora da qualidade de vida desse grupo de pacientes, além de melhorar a função neuromuscular, tolerância ao exercício, redução da dispnéia, melhora da hipertensão arterial pulmonar além da função cardiovascular e redução de arritmias cardíacas.

A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é definida como o uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica. Os argumentos científicos para o uso da ODP em pacientes portadores de hipoxemia crônica severa estão baseados em dois trabalhos clássicos: o americano Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) e o britânico Medical Research Council (MRC), publicados no início dos anos 80, os quais mostraram que a oxigenoterapia melhora a qualidade e prolonga a vida dos portadores de DPOC com hipoxemia grave.

Segundo as Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar do Estado de Santa Catarina (2004) a ODP é uma modalidade de custo elevado, devendo as indicações clínicas serem precisas e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, recomenda também, a elaboração de um protocolo com a implementação de um fluxo de inclusão e manutenção no programa, atribuições e atendimento multiprofissional,



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

normas e diretrizes clínicas e laboratoriais que permitam a racionalização e controle rigoroso da dispensação de ODP nos Municípios.

Na reorganização da atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu vem adotando como estratégia a consolidação do PSF (Programa Saúde da Família)/PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), com ações direcionadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das famílias nos locais de residência. As ações são executadas na unidade básica ou no domicílio do usuário, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família, buscando sempre manter a integralidade e continuidade da atenção.

Desta forma, justifica-se o Programa de ODP realizado em parceria com o PSF/PACS com o objetivo de prestar atendimento no domicílio dos pacientes portadores de patologias que evoluam com hipoxemia, principalmente a DPOC. Assim possibilita-se diminuir o número de internações hospitalares, melhorar a qualidade de vida dos usuários incluídos no programa, diminuir os custos da assistência para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de manter o paciente no seu domicílio junto dos seus familiares. Com esta reorganização foi possível criar um protocolo de trabalho efetivando essa nova política com determinação de um fluxograma do serviço e definição das atribuições possibilitando agilidade e eficiência no processo e com objetivo de prestar um serviço de fácil acesso, transparente e com qualidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar, implementar e implantar o protocolo do programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada de forma a otimizar o fluxo de atendimento e evitar o uso inadequado de um serviço de alto custo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Garantir o acesso ao programa de ODP para pacientes adultos e crianças conforme critérios estabelecidos;



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

- ☐ Reduzir as internações hospitalares e promover aumento de sobrevida e melhor qualidade de vida;
- ☐ Racionalizar os processos administrativos aumentando a eficiência do sistema e ampliando a população beneficiada;
- ☐ Aprimorar os procedimentos na concessão do serviço;
- ☐ Estabelecer os critérios clínicos para indicação e suspensão da terapêutica;
- ☐ Estimular a adesão do usuário ao programa;
- ☐ Definir as atribuições técnico-administrativas;
- ☐ Definir as atribuições do usuário do serviço;
- ☐ Desenvolver parceria com as equipes de PSF/PACS para o monitoramento das ações.

### **3. CRITÉRIOS DO PROGRAMA DE ODP**

#### **3.1 Critérios de inclusão**

A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da SaO<sub>2</sub> por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da ODP. Define-se como oxigenoterapia prolongada o uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia e ela deve ser realizada enquanto a doença está estável, sem o uso de oxigênio e com o paciente em repouso. Conforme revisão da literatura médica específica constitui indicação para prescrição de ODP a baixos fluxos, os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

- ☐ Pressão parcial de Oxigênio (PaO<sub>2</sub>) menor ou igual a 55 mmHg ou saturação arterial de Oxigênio (SaO<sub>2</sub>) menor ou igual a 88%.
- ☐ Pressão parcial de Oxigênio (PaO<sub>2</sub>) igual a 56-59 mmHg ou SaO<sub>2</sub> igual a 89%, associados a: edemas por Insuficiência Cardíaca, evidências de Cor Pulmonale, hematócrito maior que 55%.
- ☐ Paciente com sinais sugestivos de Insuficiência Respiratória (taquidispnéia, tiragem intercostal, retração de fúrcula esternal) visivelmente respondível à administração de O<sub>2</sub>.



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

- ☐ Nos pacientes que preencham os requisitos necessários para ODP, após uma internação por exacerbação, uma nova avaliação da indicação pelo Pneumologista deverá ser realizada após 60 dias, visto que eles podem apresentar hipoxemia significativa prolongada, porém, transitória.

**Observações:**

- ✓ Para a inclusão no programa o usuário deverá atender aos requisitos descritos no fluxo de dispensação inicial.
- ✓ A alta hospitalar do paciente deverá estar condicionada à instalação do sistema de oxigenoterapia no domicílio do usuário.

**3.2 Critérios de Manutenção**

- ☐ O usuário deve estar em acompanhamento quinzenal pela equipe de saúde da UBS/USF que realizará a aplicação do Check List (**Anexo 1**), que tem por objetivo principal fornecer dados sobre as condições atuais do quadro clínico do usuário, servindo como ferramenta de avaliação para a equipe e para o médico pneumologista.
- ☐ Realizar coleta de gasometria arterial e/ ou saturação de O<sub>2</sub> e passar por avaliação com Pneumologista a cada seis meses em sistema de referência e contra referência com indicação pelo especialista de continuidade ou não do tratamento.

**Observações:**

- ✓ A ODP pode ser prescrita provisoriamente para pacientes em situações de exacerbação das doenças pulmonares, porém, os critérios descritos nesse protocolo devem ser seguidos durante doença estável para a avaliação do tratamento e manutenção no Programa de ODP.

**3.3 Critérios de Exclusão**

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o usuário do programa. São eles:

- ☐ Por alta médica em caso de melhora clínica/laboratorial;
- ☐ Óbito;
- ☐ Mudança de residência para outro município;

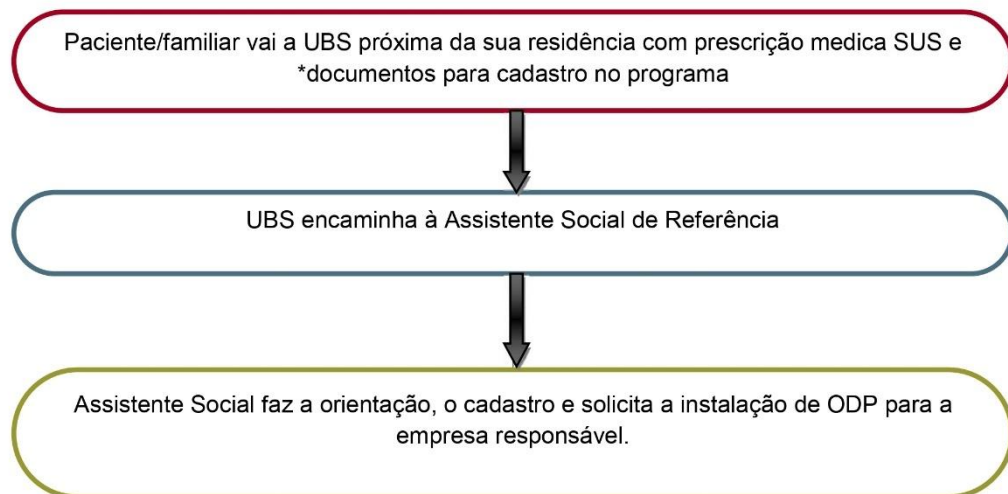


**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

- Internamento hospitalar por mais de 30 (trinta) dias.

#### 4. FLUXOS DO SERVIÇO

##### 4.1 Fluxo de dispensação inicial da ODP para usuários da Rede SUS do município de Foz do Iguaçu

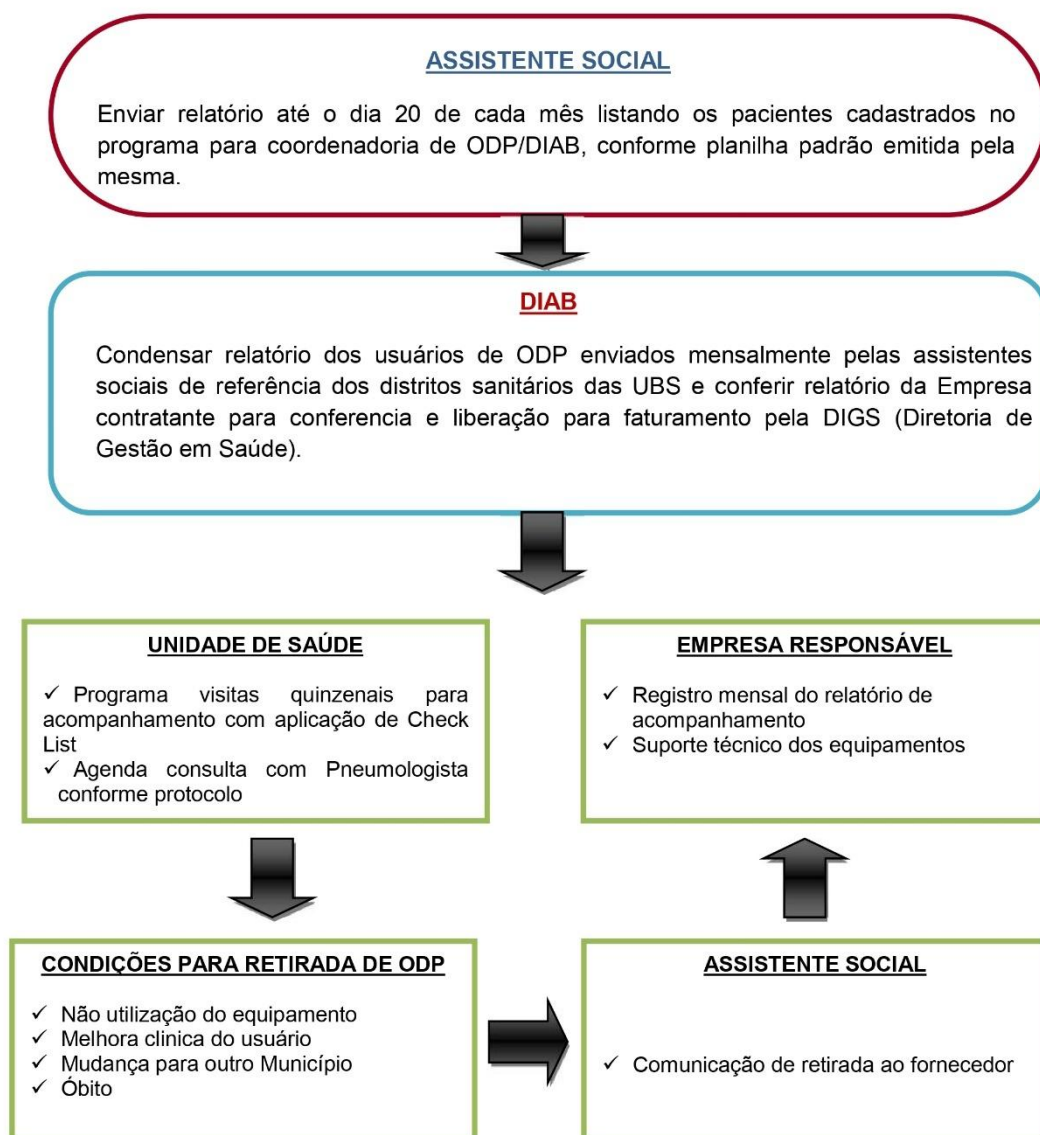


| <b>*DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO NO PROGRAMA ODP</b>                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prescrição médica com letra legível, com descrição de diagnóstico, fluxo de oxigênio e número de horas por dia a ser usado. |
| Carteira de identidade ou Certidão de Nascimento do paciente e do cuidador responsável;                                     |
| Cartão de Pessoa Física CPF do paciente e do cuidador responsável;                                                          |
| Cartão SUS do paciente e do cuidador responsável;                                                                           |
| Comprovante de endereço atualizado do paciente e do cuidador.                                                               |



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**4.2 Fluxo para manutenção e acompanhamento dos usuários cadastrados no programa ODP**





**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

## **5. ATRIBUIÇÕES**

### **5.1 Empresa fornecedora de ODP**

- ☐ Instalar o equipamento no prazo de 24 horas de segunda a quinta em horário comercial, sexta somente até as 16h00min;
- ☐ Orientar e treinar o paciente, cuidador ou familiar quanto ao uso da oxigenoterapia;
- ☐ Disponibilizar os equipamentos em perfeito estado de uso;
- ☐ Realizar manutenção/trocas dos equipamentos sempre que necessários;
- ☐ Realizar visitas domiciliares para monitoramento dos pacientes assistidos, mensalmente;
- ☐ Atender ao chamado do paciente sempre que necessário (intercorrências).

### **5.2 Coordenação do Programa ODP/DIAB**

- ☐ Definir diretrizes para a ODP;
- ☐ Garantir o atendimento dos usuários cadastrados no programa ODP de acordo com os critérios definidos nesse protocolo;
- ☐ Disponibilizar recursos financeiros para a ODP para contratar empresa prestadora de serviço;
- ☐ Planejar e coordenar, em conjunto com Chefia Divisão de Enfermagem/DIAB e outras coordenadorias da secretaria da saúde, as ações a serem realizadas;
- ☐ Realizar treinamento das equipes na área de ODP;
- ☐ Integrar os serviços ambulatoriais e hospitalares da rede;
- ☐ Integrar as informações do fluxo de ODP;
- ☐ Condensar relatório dos usuários de ODP enviados mensalmente pelas assistentes sociais de referência dos distritos sanitários das UBS/ESF e conferir relatório da Empresa contratante para conferência e liberação para faturamento pela DIGS (Diretoria de Gestão em Saúde).



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

### 5.3 Serviço Social

- ☐ Preencher a Ficha de Cadastro (**Anexo 2**) em duas vias (uma fica na UBS e a outra deve ser anexada aos documentos);
- ☐ Enviar a Ficha de Cadastro à empresa contratada para execução do serviço. Esta terá um prazo de até 24 (vinte e quatro) horas para instalação;
- ☐ Informar à UBS/ESF de referência sobre a inclusão do paciente no programa e a necessidade de acompanhamento quinzenal pela equipe;
- ☐ Orientar o paciente e/ou familiar sobre a inclusão no programa, bem como seus direitos e deveres;
- ☐ Em caso de suspensão de uso e/ou exclusão do programa, solicitar à empresa o recolhimento do equipamento;
- ☐ Enviar relatório até o dia 20 de cada mês listando os pacientes cadastrados no programa para coordenação de ODP/DIAB, conforme planilha (**Anexo 3**).

### 5.4 Médico/Enfermeiro das UBS e ESF

- ☐ Acompanhar a evolução do paciente através de devolutiva do Check List realizado pelo ACS em visita domiciliar quinzenal;
- ☐ Realizar o acompanhamento do usuário por visita domiciliar;
- ☐ Referenciar o usuário com prioridade ao pneumologista para acompanhamento semestral em caso de reavaliação periódica, ou antes, se intercorrências - anexar o Check List + autorização de consulta extra (**Anexo 4**) juntamente com a referência e a solicitação da gasometria ou oximetria de pulso.

### 5.5 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- ☐ Realizar visita domiciliar quinzenal e aplicar o Check List;
- ☐ Comunicar ao enfermeiro quaisquer intercorrências com o usuário ou com o uso do equipamento.

### 5.6 Recepção da UBS e ESF

- ☐ Inserir o paciente para consulta/reconsulta com o médico pneumologista com prioridade no [www.saudefoz.com.br](http://www.saudefoz.com.br) (colocar no campo OBS: Paciente em ODP)



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

- ☐ Agendar a coleta de gasometria no Laboratório do Município para a mesma data e horário da consulta com o Pneumologista.

### **5.7 Usuário**

- ☐ Apresentar a documentação solicitada para autorização e manutenção da ODP;
- ☐ Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
- ☐ Anotar na Ficha de Monitoramento Mensal no campo de observações, qualquer intercorrência, e informar a fisioterapeuta da empresa contratada quando receber a visita mensal;
- ☐ Consultar regularmente a equipe de saúde para acompanhar o seu tratamento;
- ☐ Receber o ACS durante as visitas quinzenais e fornecer as informações referentes ao Check List;
- ☐ Não Fumar; ocorrendo risco de explosão;
- ☐ Não transportar ou retirar da residência o equipamento de oxigênio, em hipótese alguma, ocorrendo risco de danos e explosão.
- ☐ Atender quaisquer outras informações necessárias ao protocolo;
- ☐ Informar o Assistente Social em caso de alta médica, mudança de endereço, internamento ou óbito.



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**REFERÊNCIAS**

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Normas** Técnica para indicação e controle de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar**. Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**. São Paulo. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)**. Apud J Pneumol 26(6), p 341 350, setembro 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Temas em revisão Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**, 2008. Disponível no site: [www.sbpt.org.br](http://www.sbpt.org.br).



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**ANEXO 1 – CHECK LIST ACS**

|                                                                                                  |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. O paciente usa regularmente oxigênio?                                                         | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>                           |
| 2. Se sim, quantas vezes por semana?                                                             | _____                                                                         |
| 3. Quantos litros por minuto?                                                                    | _____                                                                         |
| 4. Possui oxímetro?                                                                              | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>                           |
| 5. Se sim, utiliza o oxímetro com que frequência?                                                | _____                                                                         |
| 6. O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico? | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/><br>Data: ____/____/____   |
| 7. Se sim, aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? Quanto?                                   | _____                                                                         |
| 8. Qual a data da última consulta médica com o pneumologista?                                    | ____/____/____                                                                |
| 9. Possui data para a próxima consulta com o pneumologista?                                      | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/><br>Quando? ____/____/____ |
| 10. Está recebendo visita da fisioterapeuta da Air Liquide?                                      | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>                           |
| 11. Qual foi a data da última visita da fisioterapeuta?                                          | ____/____/____                                                                |
| 12. Paciente é fumante?                                                                          | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>                           |
| 13. Alguém que reside na mesma casa é fumante?                                                   | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>                           |

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do ACS

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/ familiar



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**ANEXO 2 - FICHA DE CADASTRO**

|                                                       |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|----------|--------------------|---------|-----------|---------|
|                                                       |  | <b>SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VITALAIRE</b> |          |                    |         |           |         |
|                                                       |  | Compra                                          | Retirada | Instalação         | Locação | Entrega   | Recarga |
|                                                       |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| <b>Dados Cadastrais do Paciente</b>                   |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Nome do Paciente                                      |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Idade:                                                |  |                                                 |          | Data de Nascimento |         |           |         |
| RG:                                                   |  |                                                 |          | CPF:               |         |           |         |
| Cartão SUS:                                           |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Endereço:                                             |  |                                                 |          |                    |         | N.º       |         |
| Bairro:                                               |  |                                                 |          | CEP:               |         | Cidade/UF |         |
| Telefone:                                             |  |                                                 |          | Cel.:              |         | e-mail:   |         |
| Ponto de referência.                                  |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Em caso de emergência/contato:                        |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Responsável pelo paciente:                            |  |                                                 |          |                    |         | Fone      |         |
| CPF do Responsável:                                   |  |                                                 |          |                    |         | Rg:       |         |
| Hipótese Diagnóstica:                                 |  |                                                 |          |                    |         | CID:      |         |
| <b>Dados da Solicitação: (material x equipamento)</b> |  |                                                 |          |                    |         |           |         |
| Quantidade                                            |  | Descrição                                       |          |                    |         |           |         |
|                                                       |  |                                                 |          |                    |         |           |         |



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

|                                                                    |  |                        |  |                                |               |                |     |
|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|--------------------------------|---------------|----------------|-----|
| Motivo da solicitação:                                             |  |                        |  |                                |               |                |     |
| Motivo da retirada:                                                |  |                        |  |                                |               |                |     |
| <b>Dados da Prescrição Médica:</b>                                 |  |                        |  |                                |               |                |     |
| <b>Tensão Elétrica do local da instalação: 110V ( x ) 220V ( )</b> |  |                        |  |                                |               |                |     |
| <b>VENTILADOR</b>                                                  |  | <b>BILEVEL</b>         |  | <b>OXIGÊNIO / CONCENTRADOR</b> |               | <b>CPAP</b>    |     |
| Modo Ventilatório                                                  |  | Modo Ventilatório      |  | Fluxo em Repouso:              |               | Pressão:       |     |
| VC                                                                 |  | VC                     |  | Fluxo durante o Sono:          |               | Rampa:         |     |
| FR:                                                                |  | IPAP:                  |  | Fluxo aos esforços:            |               |                |     |
| Pressão:                                                           |  | IPAP MAX:              |  | Uso: horas/dia                 |               |                |     |
| T Inspir:                                                          |  | IPAP MIN:              |  | Via de Utilização:             |               | Oxímetro:      |     |
| T Expir:                                                           |  | EPAP:                  |  | Cânula Nasal                   | ( )           | Tipo de sensor |     |
| P.S.                                                               |  | FR:                    |  | Máscara de Nebulização         | ( )           | Infantil       | ( ) |
| Sensibilidade:                                                     |  | TI:                    |  | Traqueostomia                  | ( )           | Adulto         | ( ) |
| PEEP:                                                              |  | Rise Time:             |  | Máscara Nasal                  | ( )           |                |     |
| % O2                                                               |  | RAMPA:                 |  | Máscara Facial                 | ( )           |                |     |
| Parâmetros de Alarme                                               |  | Volume Corrente        |  | <b>Cilindro de O2</b>          |               |                |     |
|                                                                    |  | Alvo:                  |  |                                |               |                |     |
|                                                                    |  | Sensibilidade:         |  |                                |               |                |     |
| Obs.:                                                              |  |                        |  |                                |               |                |     |
| Custos por conta da empresa:                                       |  |                        |  |                                |               |                |     |
| Data:                                                              |  | Horário da solicitação |  |                                | Requisitante: |                |     |
|                                                                    |  |                        |  |                                | Nome          |                |     |
|                                                                    |  |                        |  |                                | Telefone      |                |     |



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

### ANEXO 3 - PLANILHA

[illegible]



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE CONSULTA EXTRA**

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                             | <b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU</b><br>Rua Adoniran Barbosa, 370 Jd. das Bandeiras<br>Foz do Iguaçu - PR - CEP 85864-380<br>Fone/Fax: (45) 3521-1951 |
| <b>RECEITUÁRIO MÉDICO</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |
| <b>AUTORIZO</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |
| <b>CONSULTA<br/>EXTRA.</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                      |
| <b>TERÇAS E QUINTAS AS 14:00 HRS</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| <b>COM DR. LUIZ HENRIQUE ZAIONS</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                      |
| <b>PNEUMOLOGISTA</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| <b>AV. PARANÁ – SUS - CEM - PNEUMOLOGIA</b>                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |
| Dr. Luiz Henrique<br>Cirurgia Torácica Pneumolog<br>CRM 14.524 - CUC 308.877 0630                                                           |                                                                                                                                                                      |
| Conforme Lei Est. Nº 13.556 e Lei Municipal 1.886 é obrigatório a Médicos<br>e Odontólogos do SUS a emissão de prescrição de forma LEGÍVEL. |                                                                                                                                                                      |



**Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Atenção Básica**

**ANEXO 5 - ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO**



**Informações Importantes ao Familiar do Paciente em Uso de Oxigênio**  
**Domiciliar**

- ✓ Ocorrências, informações, demora na instalação ou qualquer outro problema sobre Oxigênio: Ligue: **08007730322** - Disponível 24h.
- ✓ Oxigênio **não pode ser retirado** da residência em hipótese nenhuma, ocorrendo risco de explosão.
- ✓ Mudança de local de residência ou para outro Município procurar a/o Assistente Social que solicitou a instalação do Oxigênio para providências necessárias.

**Retirada do Oxigênio:**

- ✓ Por alta médica.
- ✓ Em caso de internamento hospitalar a partir de 30 dias.
- ✓ Em caso de óbito.

Em todos estes casos o familiar deverá procurar a/o Assistente Social que solicitou a instalação do Oxigênio, para retirada do mesmo, apresentando a prescrição médica de alta ou atestado de óbito.