



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

SERVIÇO SOCIAL

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**EINER JESUS CASTRO CABARCAS
SAMILA ALAYNI DAMACENA DOS SANTOS**

Foz do Iguaçu
2021



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

SERVIÇO SOCIAL

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EINER JESUS CASTRO CABARCAS
SAMILA ALAYNI DAMACENA DOS SANTOS**

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.

Orientador: Profa. Dra. Katia Hale dos Santos

EINER JESUS CASTRO CABARCAS
SAMILA ALAYNI DAMACENA DOS SANTOS

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Orientador: Prof. Dra. Katia Hale dos Santos
UNILA

Profa. Dra. Talita de Melo Lira
UNILA

Profa. Dra. Maria Geusina da Silva
UNILA

Foz do Iguaçu, 06 de outubro de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo dos autores: EINER DE JESUS CASTRO CABARCAS; SAMILA ALAYNI DAMACENA DOS SANTOS.

CURSO: SERVIÇO SOCIAL

	Tipo de Documento
(X) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(X) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(X) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Nome do orientador(a): KATIA HALE DOS SANTOS

Data da Defesa: 06/10/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons* **Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, 06 de outubro de 2021.

Assinatura dos Responsáveis:

Einer de Jesus Castro Cabarcas

Samila Alayni Damacena dos Santos

AGRADECIMENTOS

EINER JESUS CASTRO CABARCAS

Gostaria de agradecer a minha mãe Delvis Cabarcas Pacheco e principalmente meu pai William Castro Perez, que com suas jornadas longas de trabalho me fizeram buscar o interesse em fazer Serviço Social. Além dos dois me darem suporte econômico, emocional e aquela força de chegar ao Brasil para cumprir meu sonho de estudar numa faculdade pública.

Desta forma, devo fazer um apelo principal para a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) por me permitir estar neste espaço educacional que me foi negado na Colômbia, meu país, que hoje ainda é difícil para jovens negros, pobres como eu estudarem. Agradeço também ao Movimento Negro que me deu suporte para continuar me defendendo como cidadão de direito.

Além dos meus professores que fizeram parte deste processo como o Hiago Trindade de Lira Silva, que quando senti que não poderia produzir algum conhecimento, ele me incentivou a realizar meu primeiro artigo científico, e a professora Betina Alhert que me permitiu dar aquela força no estágio. Devo agradecer também a Juliani de Brito; André dos Santos e Francielle Toscan que, como meus/minhas supervisores\as de estágio no campo me fizeram materializar as práticas dos Assistentes Sociais e, claro, devo agradecer a Mabile Caetano Cazela que sempre foi exigente em produzir constantemente aquelas aulas onde aprendi muito sobre os Fundamentos Históricos, Teóricos e Metodológicos do Serviço Social, é claro que não foi fácil mesmo, mas tentei sempre fazer o meu melhor.

Agradeço ao Programa de Educação Tutorial PET-UNILA por ser o grupo onde materializei minhas práticas em ensino, pesquisa e extensão, não só pelo apoio educacional, mas também pela ajuda da bolsa que auxiliou grande parte dos meus gastos no percorrer da minha graduação.

Desta forma agradeço a minha família, a minha avó “mami” Manuela, minha tia Teresa. Vocês não sabem como as amo e sinto falta das comidinhas gostosas que antigamente faziam para mim.

Claro, não posso deixar de agradecer a meus amigos Nataly Murray, Jazmin Dayana, Melini Villalba Stefani, Paul, Jefferson, Igor, Andrea Guzman desde a Colômbia, e Amanda da Silva que foram essenciais para me divertir nesta época da faculdade, indo as baladas (boas demais) e apoio emocional.

Assim, por último, agradeço aos fabricantes de energético e café por permitirem não ficar louco na realização deste TCC, porque várias vezes desisti e pensei de deixar tudo, pois o ano de 2020 e 2021 não foi fácil mesmo.

AGRADECIMENTOS

SAMILA ALAYNI DAMACENA DOS SANTOS

Primeiramente agradeço aquele que me conhece antes que eu me formasse no ventre, quem me deu o fôlego da vida e escreveu minha história, Deus, por ter me iluminado e me guiado, seus planos são perfeitos, se eu cheguei até aqui foi porque a sua mão me sustentou. Tudo o que ele promete se cumpre, sem ele eu nada seria.

Aos meus queridos pais Roberto Damacena e Cícera Damacena, que mesmo sem condições financeiras me auxiliaram por alguns meses no primeiro ano da graduação, quando precisei sair do emprego para estudar, sempre me incentivaram a estudar e cursar uma graduação de nível superior, pois eles não tiveram essa mesma oportunidade.

À minha irmã e amiga Aline Yara, que me apoia em todos os momentos da minha vida, por me incentivar e dizer que eu sou capaz e que eu só precisava deixar o perfeccionismo de lado. Pela compreensão da minha indisponibilidade para estar junto à família, principalmente mais presente na vida do nosso amado pingo de gente Augusto (sobrinho) além disso, por me emprestar o computador para este estudo.

Ao meu esposo, que vivenciou comigo toda essa trajetória de correria também como acadêmico, por sempre me levar um cafezinho na cama, pela compreensão: dos poucos momentos que passamos juntos nos últimos quatro meses; das diversas noites que não dormimos juntos porque eu fiquei estudando na madrugada; dos afazeres domésticos que ficaram em último plano; estresse; momentos de crise existencial; crise de ansiedade que se intensificaram ainda mais neste ano, no qual tive grandes decepções e ele sempre ouvia meus desabafos, dos muitos ifood devido ao cansaço ou falta de tempo para cozinhar, nossa correria só nós mesmos entendemos, não adianta mais tentar explicar pra quem está do lado de fora o fato é que estudar, trabalhar e cuidar de casa ao mesmo tempo não é fácil.

À minha sogra Eva e cunhadas Andressa e Adrielly, sempre me dando forças para seguir em frente diante das dificuldades, pelas várias quentinhas enviadas para eu jantar enquanto estava na elaboração da monografia.

À Família Damacena, pela compreensão dos meus compromissos com Universidade, trabalho, estágio-obrigatório e casa, que me impossibilitaram em auxiliar nos cuidados presenciais pós-alta hospitalar da amada avó Theresinha que, infelizmente, se contaminou com o novo Coronavírus e segue se recuperando.

Ao meu sobrinho por consideração, Rafael de Barba, enfermeiro residente da Atenção Básica que, com o seu grande domínio teórico-prático, contribuiu sanando algumas dúvidas, destacando os marcos importantes na Política de Saúde.

Aos meus supervisores de campo do Estágio curricular não-obrigatório realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida (CREAS II – PSC/LA): André Santos; Mábile Cazela; Josi Camargo e do Estágio Curricular Obrigatório realizado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL): Tatiana Azeredo (e equipe do Serviço Social). Esses foram os profissionais que participaram ativamente na contribuição do ensino-aprendizagem, do ponto de vista prático, teórico e reflexivo pra o meu processo de formação.

Aos Professores do curso de Serviço Social em geral, por nos passar seus conhecimentos teóricos e práticos.

Aos meus colegas de turma, em especial Marcos Camacho, Kelly Andrea e Yasmin Akl que foram companheiros de trabalhos durante a graduação e tornaram amigos.

Ao Einer que construiu comigo o presente trabalho, o qual não tínhamos afinidade nenhuma, objetivos distintos e com muita dificuldade de um entender o outro, mas nada como uma boa conversa pra resolver qualquer conflito, que por sinal faz parte do processo. Neste período passamos por algumas situações bem difíceis, estava difícil ver a luz no fim do túnel, precisamos sair do virtual e passar horas estudando pessoalmente, foi cansativo, exaustivo e com muitas doses de café, porém, o importante foi a troca de conhecimentos e se estamos na parte de agradecimentos é porque sobrevivemos.

Aos meus colegas de Trabalho, aqueles que torcem por mim pela paciência e pelo apoio nos dias que eu não estava bem e os inúmeros votos de “força”; “vai ficar tudo bem”; “vai dar tudo certo”, em especial a Brenda Alvarez, que leva chazinho para mim no meu setor.

Para finalizar eu não poderia deixar de agradecer a Beatriz Chefer, minha psicóloga que há alguns anos vem acompanhando minha história, por sempre tirar a venda dos meus olhos e me fazer enxergar as coisas de outro modo, pelos conselhos referentes as diversas ocorrências neste ano, que foi muito turbulento para mim (e para muitas pessoas considerando o contexto de pandemia da COVID-19), mas nada como alguns comprimidos de Rivotril e terapias para ficar zen (risos).

Aos oprimidos é permitido uma vez a cada poucos anos decidir quais representantes específicos da classe opressora devem representá-los e reprimi-los.

Karl Marx

RESUMO

Nesta proposta de estudo objetivou-se discutir sobre o trabalho dos assistentes sociais diante das requisições, demandas e desafios políticos, econômicos e sanitários no interior das equipes de Saúde da Família. Para isso definiu-se os seguintes objetivos específicos: resgatar brevemente os diferentes períodos da Política de Saúde no Brasil, concomitantemente a gênese do Serviço Social; discorrer sobre os períodos de reconceituação e os processos de contrarreforma, refletindo sobre as demandas e desafios aos assistentes sociais nas equipes de saúde da família e demonstrar as atribuições, princípios e competências dos assistentes sociais nas equipes de Saúde da Família. Portanto, realizamos uma revisão bibliográfica e elegemos três dissertações de mestrado em plataformas científicas que abordam a temática Saúde da Família, com destaque para o trabalho do assistente social. Como resultado, demonstramos que o trabalho do assistente social pode contribuir nas equipes de Saúde da Família a partir do fortalecimento da produção integral da promoção da cidadania, ações socioeducativas, relações intersetoriais e multiprofissionais visando à participação social permitindo estabelecer a territorialização e suas relações com as equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: trabalho; serviço social; equipes de saúde da família; ação profissional.

ABSTRACT

His study proposal aimed to discuss the work of Social Workers in the face of requisitions, demands, political, economic and health challenges within the Family Health Care teams. To this end, the following specific objectives were defined: to briefly review the different periods of Health Policy in Brazil, concomitantly with the genesis of Social Service; to discuss the periods of reconceptualization and counter-reform processes, reflecting on the demands and challenges of social workers in Family Health teams; and to demonstrate the attributions, principles, and competencies of Social Workers in Family Health teams. Therefore, we conducted a literature review and selected three master's dissertations in scientific platforms that address the Family Health theme, with emphasis on the work of the social worker. As a result, we demonstrate that the work of the Social Worker can contribute in the Family Health teams from the strengthening of the integral production of citizenship promotion, socioeducational actions, intersectoral and multiprofessional relations aiming at social participation allowing to establish the territorialization and its relations with the families.

Keywords: work; social service; family health teams; professional action.

RESUMEN

Esta propuesta de estudio tuvo como objetivo discutir el trabajo de los Trabajadores Sociales ante las solicitudes, demandas, desafíos político-económicos y de salud dentro de los equipos de Salud de la Familia. Para ello, se definieron los siguientes objetivos específicos: rescatar brevemente los diferentes períodos de la Política de Salud en Brasil, concomitantemente con la génesis del Trabajo Social; discutir los períodos de reconceptualización y procesos de contrarreforma, reflexionando sobre las demandas y desafíos de los trabajadores sociales en los equipos de salud de la familia y demostrar las atribuciones, principios y competencias de los trabajadores sociales en los equipos de salud de la familia. Por ello, realizamos una revisión de la literatura y elegimos tres disertaciones de maestría en plataformas científicas que abordan la temática de Salud de la Familia, con énfasis en el trabajo de los trabajadores sociales. Como resultado, demostramos que el trabajo de la Trabajadores Sociales puede contribuir a los equipos de Salud de la Familia fortaleciendo la producción integral de la promoción ciudadana, acciones socioeducativas, relaciones intersectoriales y multiprofesionales orientadas a la participación social, permitiendo el establecimiento de la territorialización y sus relaciones con las familias.

Palabras claves: trabajo; trabajo social; equipos de salud de la familia; acción profesional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AL	Aliança Liberal
BiUNILA	Biblioteca da Universidade Federal de Integração Latino-Americana
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAPS	Instituto de Assistência Previdenciária
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Território Urbano
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto Sobre Transmissão de Bens e Serviços
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Ampliado de Atenção à Saúde da Família
NASF AB	Núcleo de Ampliado de Atenção à Saúde da Família Atenção Básica
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PDT	Partido Democrata Trabalhista
PPS	Partido Popular Socialista
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
PSD	Partido Social Democrata

PSDB	Partido Social Democrata Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PSP	Partido Social Progressista
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RN	Rio Grande do Norte
SC	Santa Catarina
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESC	Universidade Estadual de Santa Catarina
UNILA	Universidade Federal de Integração Latino-Americana

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Campanhas Sanitárias Públicas entre 1930/1940	24
Quadro 2- Principais fatos políticos produzidos das eleições de 2010 às Jornadas de Junho de 2013.....	44
Quadro 3 – Diferenças entre promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde.....	56
Quadro 4- Comparativo das atribuições da equipe Saúde da Família e do Serviço Social	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de equipes de Saúde da Família implantadas e oferta de vagas em residências multiprofissionais, em MFC, e em cursos de especialização em Saúde da Família, Brasil 1998 a 2009.....	59
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: UM LONGO PERCURSO CONSERVADOR.	21
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: DE GETÚLIO AO GOLPE MILITAR.....	21
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO DITATORIAL E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	28
3 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: DAREDEMOCRATIZAÇÃO A CONTEMPORANEIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS	35
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	37
3.2 A POLÍTICA DE SAÚDE E OS PROCESSOS DE CONTRARREFORMAS: DE 1990 AO GOVERNO BOLSONARO	40
3.3 SERVIÇO SOCIAL: TRANSFORMAÇÕES, NOVOS TEMPOS E AMEAÇAS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO	47
4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRINCÍPIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS.....	52
4.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVE HISTÓRICO.....	52
4.2 PRINCÍPIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75

1 INTRODUÇÃO

Paulo Mekesenas (2011, p.28), no livro *Pesquisa Social e Ação Pedagógica – Conceitos, Métodos e Práticas*, relacionam o entendimento do fazer pesquisa com a metáfora do olhar: “*a pesquisa são os olhos da ciência. Fazer ciência é “fitar”, “mirar” e “contemplan” fenômenos, fatos, objetos ou interações sociais*”. Fitar significa buscar, em meio à totalidade de fenômenos sociais que nos são apresentados diariamente, uma parte que nos detenha os olhos, o qual se transformará em objeto de nossa “mira”. O olhar, então, se volta à observação das partes que compõem o objeto de nossa mirada, que é visto em sua totalidade, sem perder sua relação/mediação com o universal, onde ele – o objeto – nessa relação é uma parte.

A leitura, interpretação e análise do objeto de nossa mirada estão associadas à forma como pensamos o mundo e pensamos, nas palavras do autor, “*de acordo com o nosso lugar na história*” (MEKESENAS, 2011, p.15) ou seja, do lugar onde nascemos e crescemos, dos valores e costumes do grupo social que pertencemos e das nossas experiências pessoais.

A COVID-19 é caracterizada como uma infecção respiratória aguda grave foi declarada em janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia, onde o mundo todo foi atingido nossas vidas pessoais, trabalho e estudos foram prejudicados e toda a sociedade precisou se adequar a essa nova realidade. As aulas foram suspensas devido à necessidade de distanciamento social e, deste modo, a universidade optou pelo ensino remoto para que nós, discentes, pudéssemos continuar com os estudos.

Nesse contexto, e com o número reduzido de professores no curso de Serviço Social na Universidade Federal de Integração Latino-Americana (UNILA), foi preciso realizar o presente trabalho em dupla. Tínhamos objetos de estudos distintos e que mudaram no decorrer do processo: um de nós elegeu estudar a família, o outro, a saúde. Observando os inúmeros tipos de família, o primeiro membro da dupla perguntou como o serviço social se apropria do conceito de família durante sua trajetória conservadora, após a reconceituação, com o desenvolvimento do serviço social crítico, com o novo Código de Ética de 1993 e, mais recentemente, com o avanço do neoconservadorismo. O segundo membro do grupo passou a observar e a questionar sobre o trabalho dos Assistentes Sociais diante dos desafios cotidianos e quais seriam suas contribuições na política de saúde.

Com o intuito de unirmos nossos objetos de pesquisa, chegamos aos programas que atuam às equipes de Saúde da Família, definindo nosso objeto: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes de Saúde da Família. Assim, formulamos o seguinte problema de pesquisa: considerando que a estratégia saúde da família visa à reorganização da atenção

básica e que os assistentes sociais formam parte das equipes de atendimento às famílias, tendo como atribuições e competências atuar na gestão, formulação e planejamento das políticas sociais, como o trabalho deste profissional pode contribuir nas equipes de Saúde da Família?

Em decorrência do período pandêmico não foi possível a realização de pesquisa empírica como planejado, e o curto prazo no calendário acadêmico colocava em risco o prazo para aprovação das pesquisas de campo pelo Comitê de Ética. Portanto, este trabalho de conclusão de curso partiu de uma revisão bibliográfica que “[...] abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, materiais cartográficos, etc. [...]” (LAKATOS & MARCONI 2001, p. 183) quando levantamos artigos e dissertações que mencionaremos adiante, assim como a análise de documentos governamentais do Ministério da Saúde como: portarias, resoluções e Leis que institui os Programas, Estratégias e Núcleos da Família.

Neste sentido, o presente estudo trata de uma pesquisa Bibliográfica, “a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO 2007, p. 38). Considerando que os aportes da pesquisa qualitativa são expressões genéricas que compreendem atividades ou investigações que podem ser denominadas específicas e a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo emprego da quantificação tanto na coleta de dados como o tratamento de técnicas e estatísticas, segundo Maxuell (2011). O nosso trabalho de pesquisa utiliza a análise quali-quantitativa, na qual pesquisamos em diferentes sites científicos (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE – SCIELO; BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES – BDTD; REVISTA KATÁLISIS;) por meio de uma busca de conceitos, definições e expressões, na procura específica do objeto de pesquisa chegamos nas seguintes palavras-chave: saúde da família, trabalho e serviço social.

Para tratar dos programas, utilizamos como base três dissertações de mestrado, são elas: A ação profissional do Assistente Social e suas contribuições para a construção da integralidade na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa – Paraná, realizada em 2010, pesquisando os últimos dez anos de trabalho no município a segunda dissertação tem como título: A intervenção do assistente social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis, apresentada em 2017, mas tratando do trabalho do assistente social nos últimos dez anos; e a terceira dissertação intitulada: O trabalho do/a Assistente Social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: um estudo a partir do município de Natal/RN, realizada em 2019, tratando do trabalho do assistente social desde a implantação do NASF em Rio Grande do Norte.

Para alcançar o objetivo geral da nossa pesquisa, sobre as contribuições do trabalho do assistente social diante as requisições, demandas e desafios políticos, econômicos e sanitários no interior das equipes de saúde da família, definimos os três objetivos específicos: primeiramente fazer um breve resgate histórico da política de saúde no Brasil nos diferentes períodos, destacando o trabalho dos assistentes sociais desde sua gênese; no segundo, discorrer sobre o período de reconceituação e os processos de contrarreforma refletindo as demandas e os desafios aos assistentes sociais nas equipes de saúde da família e, por último, demonstrar as atribuições, princípios e competências dos assistentes sociais nas equipes de saúde da família.

Além do referencial teórico de autores como: Yamamoto (1992); Yamamoto (2009); Neto (1992); Vieira (2015); Bravo (2001); Bravo (2011); Santos (2007); entre outros, trazendo as reflexões sobre as demandas, os desafios e as possibilidades que os assistentes sociais nas equipes de Saúde da Família encontram.

Para análise dos dados levantados, lançaremos mão do materialismo histórico-dialético, método desenvolvido por Engels e Marx (1998). Desta forma, a historicidade tratada por Marx (1998) se dimensiona a partir dos processos da vida material, isto é, a obtenção de intercâmbios humanos que segundo o autor, seja o objeto de investigação na qual se fundamentará nas diferentes faces da sociedade, pois a [...] história não é se não a sucessão das diferentes gerações, cada uma das quais exploram os materiais, dos capitais, as forças produtivas que lhe são transmitidas pelas gerações precedentes [...], (ENGELS; MARX, 1998, p. 46). Deste modo, definir o objeto traz o ordenamento das ideias que deverão ser entendidas a partir das relações de classe que, segundo Engels; Marx (1998), é o pensamento das classes dominantes que deverão não mais ser a expressão das ideias materiais, pois determinando uma época histórica e suas extensões que delimitam as posições dominantes partindo do abstrato para o real, provocando a concretude material da história.

Para entender as relações entre a saúde e o Serviço Social dentro de uma abordagem específica nas equipes de Saúde da Família, realizamos um breve contexto a partir das atribuições históricas da profissão que refletem na política de saúde, desde o início da década de 1920 até os dias atuais, considerando a gestão dos diferentes governos e quais foram os avanços e retrocessos na política de saúde.

Considerando que tanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) fazem parte da Atenção Básica de saúde que, em síntese, é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), os Assistentes Sociais desde o ano de 2008, especificamente no NASF, traz uma concepção no princípio da integralidade multiprofissional que com o matriciamento elabora a mudança de um sistema individualizado

e transporta o atendimento para variadas profissões que entende e compreende as dimensões sociais biológicas e físicas da população atendida.

A pesquisa ficou organizada da seguinte forma: descrito em três capítulos cada capítulo respondendo aos objetivos específicos e finalizando com as considerações finais destacando os pontos importantes. No primeiro capítulo trata-se de um breve resgate da política de saúde, considerando meados de 1920 apontando os impactos causados pelo desenvolvimento industrial no país e o reconhecimento da Saúde no setor jurídico, trazendo uma mediação entre a saúde e o Serviço Social, os caminhos que a política de saúde percorreu nos diferentes governos das origens aos dias atuais, destacando as questões econômicas, sociais e a luta dos movimentos sociais.

No segundo capítulo discorreremos sobre a política social, apontando os principais marcos ocorridos na política de saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde que promoveu o debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturação da Reforma Sanitária, assim como o marco regulatório da Constituição Federal de 1988 que versa sobre a universalização, garantindo à população o acesso ao sistema público de saúde de forma integral e igualitária e a consolidação e implementação do SUS no período de 1990, também apresentamos os modelos de contrarreformas dando continuidade na discussão política do primeiro capítulo, versando sobre quem estava no comando do país de 1990 a 2021, no atual governo, assim como quais foram os avanços e retrocessos no setor da saúde.

No terceiro capítulo, núcleo central da pesquisa, trataremos sobre as equipes da Saúde da Família, abordando os seguintes assuntos: quando foi implementado; sua estrutura física; as fontes de recursos; quem é o principal responsável; como a família se insere neste programa, como a política de assistência social e a política de saúde definem a família. Além de conceituar, a Atenção Básica de saúde; o Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 que posteriormente, em 2006, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF); o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) que também foi alterado a nomenclatura em 2018 para Núcleo de Apoio Saúde da Família Atenção Básica (NASF AB) e os diferentes NASFs.

Com a escolha realizada, podemos tratar do trabalho dos assistentes sociais considerando questões estruturantes, quais sejam: as mudanças no plano econômico e aprofundamento de ideologias conservadoras. Destacamos os paradigmas contraditórios, assim como as disparidades de investimento, redução de equipes, além da estruturação da necessidade de superar o modelo antigo de saúde.

Dessa forma, pretendemos contribuir para o debate sobre o trabalho do assistente social na contemporaneidade, como forma de enriquecer o debate tanto para os

profissionais que atuam na área da saúde e nas equipes de Saúde da Família quanto para os discentes que tem interesse de pesquisar nesta área do conhecimento. Além disso, o resultado da pesquisa será apresentado em banca pública e publicação no repositório institucional da Biblioteca da UNILA (BiUNILA), seguindo o compromisso ético dos pesquisadores.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: UM LONGO PERCURSO CONSERVADOR.

No presente capítulo iremos discorrer sobre a política de saúde e de como o serviço social se insere no projeto do Estado. A gênese das políticas sociais está relacionada ao projeto de desenvolvimento do país, sendo implementadas sob a forte pressão da classe trabalhadora, que exigia melhoria em suas condições de vida, assim como para suas famílias.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: DE GETÚLIO AO GOLPE MILITAR

Em meados da década de 1920 os operários de diversos ramos e cidades passaram a fazer greves em prol de uma ação comum: questões salariais, jornada de trabalho, seguro contra acidentes, aposentadorias dentre outros. De acordo com Segura (2017, p. 20-21), em 1920 o número de operários no Brasil cresceu 50% em relação aos últimos treze anos, o aumento foi de 151.841 para quase 297.000 operários. As condições de vida das famílias operárias eram precárias, 71,6% recebiam um salário abaixo do mínimo, o qual não era suficiente para suprir todas as despesas e as moradias eram locais, sem ventilação e iluminação, os moradores ficavam expostos às doenças, além disso, não havia amparo para família em caso de doença ou morte do provedor. Essas questões dificultavam a qualidade vida desses trabalhadores. A mão de obra operária se estendia também às mulheres e as crianças com o turno de trabalho que chegavam há doze horas diárias em péssimas condições de higiene. Os operários viviam em situação degradante, sem conforto nenhum, trabalhavam para garantir o sustento da família, necessitando urgentemente de serviços disponibilizados na área da saúde para garantir a continuidade das jornadas laborais.

O desenvolvimento industrial no Brasil, mais especificamente no Estado de São Paulo, aconteceu no pós-guerra, na década de 1920, com a produção de café. Os principais ramos eram o têxtil e de alimentação. Essa substituição de importações devido à crise, estimulou

o processo imigratório dos trabalhadores europeus e o transporte dos produtos era realizado através das estradas de ferro (SEGURA, 2017, p. 18).

Desta forma, o país começa a se definir pela sociedade do trabalho que, com o desenvolvimento da era industrial, traz a divisão do trabalho na qual “[...] o operário torna-se um simples apêndice da máquina [...]” (MARX; ENGELS, 2005, p. 46), reduzindo-o a venda da sua força de trabalho como mercadoria. Assim, ser capitalista significa ocupar não somente uma posição pessoal, mas também uma posição social, pois o trabalho começa a se colocar como a apropriação da riqueza socialmente produzida pelo trabalho coletivo.

Os autores Bertolozzi; Greco (1996) relatam que a aceleração do ritmo industrial, a expansão de investimentos e a intensa inflação da época contribuíram no crescimento das desigualdades sociais devido a piora das condições de vida, aumentando a demanda por saúde e assistência médica que se colocavam como pautas necessárias no momento. Cabe ressaltar que a família passa a ser parte fundamental do sistema capitalista em construção no Brasil, na qual a intervenção moralista de agentes da caridade se focava no melhoramento da vida social de famílias, que transpassava pelas exigências de mantê-las (dentro do conceito moral cristão), pois com a mercantilização da mão-de-obra, principalmente procurada em homens. Segundo Iamamoto (2006), várias mulheres se colocaram como “chefes de família” (pois elas também trabalhavam). Em vários dos casos existia incompatibilidade entre a maternidade, o trabalho e criação dos filhos, o que se traduz na degradação dos valores morais da época.

De acordo com Iamamoto (2006), na década de vinte surgem as protoformas da profissão intimamente ligado à ideologia da Igreja Católica e suas relações eram interligadas com a caridade, pois a grande maioria eram mulheres vinculadas aos setores predominantes das classes dominantes com a missão do apostolado social junto às famílias operárias.

A partir da década de 1940, o Serviço Social incorporou em seu arcabouço teórico e ideológico traços tanto do Serviço Social europeu quanto do norte-americano, assim como seus respectivos conservadorismos. Vale resgatar um pouco sobre o conservadorismo e sua gênese nas primeiras manifestações do pensamento conservador na sociedade moderna que são encontradas em Edmund Burke¹, que buscava resgatar valores estruturantes da sociabilidade feudal em respostas reacionárias à Revolução Francesa.

¹ Segundo Souza (2016), a matriz ideológica de Edmund Burke, recaem nas bases revolucionárias conservadoras que tem uma tradição fundada pelas ideias e expressões que são utilizados no cotidiano da contemporaneidade que resgata conteúdo da Revolução Francesa encarando a reconstrução originária do conservadorismo.

Segundo Iamamoto (2006), a partir da criação da primeira Escola de Serviço Social no Brasil, no Estado de São Paulo, em 1947, de um total de 38 terceiranistas 26 discentes realizavam estágio final ainda no cargo de Assistentes Sociais e 08 eram funcionárias de Institutos e Caixas de Pensões e Aposentadoria. No entanto, o trabalho profissional era representado, cerca de 25%, em encaminhamentos a instituições médicas para os variados serviços de assistência que, em alguns casos, culminava em visita domiciliar com aqueles trabalhadores que eram impedidos de receber os benefícios. Desta forma, na época representava um campo importante para atuação profissional na gênese de formação em Serviço Social no Brasil.

O Estado Brasileiro se consolida na correlação de forças de poder com a sociedade civil adotadas na imagem político-jurídica durante a consolidação do capitalismo no país, como coloca Bravo; Pereira (2007). No entanto a política social traça o início dos conflitos sociais que contraíam os parâmetros do desenvolvimento capitalista com a classe trabalhadora e as elites dominantes.

A assistência à saúde passou a ter reconhecimento no ordenamento jurídico brasileiro através do decreto legislativo Nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, na qual teve grande marco histórico e inicial na constituição do sistema de saúde dentro do sistema previdenciário, conhecido como a Lei Elói Chaves. O projeto de Lei de Eloy Chaves foi pensado em respostas às greves dos trabalhadores do setor ferroviários, que exigiam melhores condições de trabalho. Os trabalhadores da estrada de ferro foram os mais combativos e os primeiros a lutar pela organização das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), cogitando a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral, multiplicando esse modelo de seguro social nos anos seguintes (BRAVO, 2001, p. 03).

O financiamento das CAPs não tinha participação direta do Estado (a intervenção do Estado só vai ocorrer efetivamente a partir de 1930), os contratos eram compulsórios, provenientes da União, das empresas empregadoras e dos empregados, sendo os benefícios proporcionais às contribuições, com finalidade apenas assistencial. As taxas de contribuições da “União eram 1,5% referente às tarifas de serviços, 3,0% do salário das empresas empregadoras e dos empregados e 1,0% da renda bruta da empresa” (COHN et al., 1999, p. 14-15).

Claramente as exigências trabalhistas da época de trinta estabeleciam a mudança da era agrária rural para uma sociedade industrializada. Desta forma as políticas

sociais começaram a ser implantadas no Brasil em 1930. Neste período houve a necessidade de redefinir o papel do Estado e transformar as requisições sociais e as de saúde em questão política, de forma que contemplassem os trabalhadores urbanos, considerados sujeitos importantes no cenário político nacional.

No período de 1930 e 1945 a Presidência da República estava sob os comandos de Getúlio Vargas do partido político Aliança Liberal (AL), que conseguiu uma manobra política em 1934 até a próxima eleição no período conhecido como Estado Novo no ano de 1938.

Institui-se assim, uma divisão de responsabilidades relativa ao setor na qual ao Estado ficam reservadas as medidas coletivas de saúde, particularmente as de controle daquelas endemias que se configuram como sério obstáculo para o florescimento das atividades econômicas agroexportadoras. E, enquanto os recursos para tais medidas têm origem na arrecadação orçamentária a assistência médica individual, sob responsabilidade do seguro social em sua quase totalidade, é financiada por recursos advindos das contribuições (COHN et al., 1999, p. 15).

Assim, questões que englobam exigências de trabalhadores assalariados e outras camadas no mercado laboral, além, sem dúvidas, das conformações familiares que passam a precisar de serviços básicos. O Estado entendeu que a saúde visionava se tornar dentro dos quesitos administrativos como ponto essencial da vida social, assim foi transformado em Política de Saúde de caráter nacional organizada em subsetores: saúde pública (garantia de condições sanitárias mínimas) e o de medicina previdenciária (em respostas as reivindicações trabalhistas). No que se refere a saúde pública, Bravo (2001) descreve sobre as principais alternativas adotadas entre 1930 a 1940 na área da Saúde conforme apresentadas no Quadro I:

Quadro 1: Campanhas Sanitárias Publicas entre 1930/1940

Ano	Descrição
1937	Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico pelo Departamento Nacional de Saúde. Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais. Além da Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela).
1939	Criação do Serviço de Malária do Nordeste.
1940	Criação do Serviço de Malária da Baixada Fluminense financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana).
1941	Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Fonte (BRAVO, 2001, p. 04).

A medicina previdenciária surgiu com a criação dos Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs), que começaram a prestar serviços de assistência médica. Como o seguro social dos IAPs atendia aos assalariados urbanos dos setores marítimos, bancários,

comerciários, industriários entre outros, os institutos passaram a ser dirigido pelo Estado, que continuou com o financiamento tripartite, porém, com a contribuição dos empregados calculada sobre o salário pago.

A medicina previdenciária, com base na orientação contencionista, “pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ampla” (BRAVO, 2001, p. 05). A preocupação maior não era a prestação de serviços, mas em acumular reservas financeiras, definindo então um orçamento máximo para despesa com a saúde.

Em 1942 foi criada, através de Decreto-Lei nº 4.830 a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) para cuidar dos serviços de Assistência Social. No mesmo ano, foi estabelecido o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) através do governo dos Estados Unidos, com o intuito de garantir assistência médica no combate às doenças infecciosas, principalmente para soldados da guerra, trabalhadores, setor de borracha, a mineração, devido ao grande número de mortes ocorrido no período por conta da epidemia de sarampo e febre tifoide, mais conhecida como batalha da borracha.

A Política Nacional de Saúde foi consolidada anos mais tarde, entre 1945 a 1950. A saúde foi posta como finalidade principal em 1948 com o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). A questão da saúde pública se apresentava como uma das prioridades no governo de Eurico Gaspar Dutra, do Partido Social Democrata (PSD).

Em 1950 já havia estrutura montada de hospitais particulares, a corporação médica era a mais organizada na ocasião, mesmo assim, até 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida pelos serviços dos próprios institutos. Desta forma, segundo Vieira (2015), Getúlio Vargas, neste período aliado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), assumiu a Presidência do Brasil pela segunda vez no período de 1951, exercendo o papel de porta-voz de todos os trabalhadores brasileiros, nas palavras de Vargas “o governo precisava estabelecer relações diretas com os trabalhadores sanando as demandas que surgissem” (VIEIRA, 2015, p. 37).

O contato direto com o povo é um dos lemas do meu governo. Bem conheço as dificuldades com que se defrontaram sempre, os pequeninos e os humildes, quando possuem interesses a preservar os direitos a defender. As longas filas, as caminhadas improfícuas pelos corredores das repartições públicas, os apelos que se perdem sem achar eco, a complicada burocracia administrativa que retarda processos e fatiga a paciência das partes – tudo isso são entraves que, se não impossibilitam de todos os esforços dos que se sentem lesados pelas autoridades administrativas, pelo menos

tornam improficuos, porque a solução quando vem, chega sempre muito tarde (VIEIRA, 2015, p. 38).

Pela mesma razão, segundo Figueredo (2017, p. 26), o primeiro Ministério da Saúde surgiu em 1953, “[...] com estrutura de caráter frágil, [...] a assistência médica coube aos fundos previdenciários e as campanhas sanitárias garantiram a redução nos casos de malária e de outras doenças provocadas por insetos”. Getúlio Vargas presidiu até o mês de agosto de 1954, período no qual foi interrompida por seu suicídio, assim, João Fernandes Campos Café Filho, do Partido Social Progressista (PSP), assume a presidência:

Em 1954 ocorre o suicido de Getúlio Vargas, Café Filho assume a presidência e os grandes problemas econômicos da época (a inflação e o déficit da balança comercial) foram combatidos através da limitação do crédito, a redução das despesas públicas, a criação de uma taxa única de energia elétrica e a retenção automática do imposto de renda sobre os salários (FIGUEREDO, 2017, p. 25).

Neste sentido, ao reconhecer o caráter público da “questão social”, o Estado vai necessitar de profissionais qualificados para atender as demandas daí oriundas. É nesse momento que a palavra “trabalho” vai se tornar importante para o Serviço Social, pois ao vender sua força de trabalho em troca de um salário temos a inserção profissional dentro das relações capitalistas. Na década de cinquenta, de acordo com Bulla (2003), a intervenção profissional na área da saúde se posiciona nos hospitais em geral, maternidades e centros de reabilitação para portadores de deficiência, além de desenvolver trabalhos nas diferentes áreas da saúde mental. Efetivamente se abordava com um viés conservador herdado da ideologia de cunho cristão, onde a caridade e serviços à comunidade eram presentes no exercício dos assistentes sociais da década anteriormente citada.

O ideário da modernidade e o teor revolucionário da cultura burguesa ameaçavam “a ordem natural do mundo”, sua tradição e costume no que se referia à família, ao protagonismo da Igreja Católica e a hierarquia social, entre outros, ainda que havido parcial reconhecimento de algumas vantagens do modo de produção capitalista por parte dos conservadores. Era incômodo para os conservadores de então e, claramente exposto na teoria² de Burke, os princípios universalizantes, racionalizantes e humanistas postos pela Revolução Francesa, os quais rejeitavam a noção de comunidade inspirada na família, expressão da

² Partimos do conceito de teoria fundamentada a partir de uma reflexão do pensamento político moderno que foi capaz de capturar de forma precisa e original da Revolução Francesa no século XVIII, segundo Mendes (2017).

sociedade, pretendendo significar a relação entre os indivíduos, pretensamente baseada na coesão social (IAMAMOTO, 1992).

No entanto, o objetivo às críticas ao ideário da Revolução Francesa³ converteu-se em subsidiárias da defesa burguesa e de seus valores contra o novo protagonismo revolucionário, qual seja, o protagonismo do proletariado que se levantará na primeira metade do século XIX. O capitalismo evidenciou suas contradições a partir de seu desenvolvimento e da consolidação de seu domínio, o que fez organizar a luta da classe operária. O progresso que fazia parte da ordem burguesa é capturado pelos conservadores e o lema *ordem e progresso* são propostos para o enfrentamento da “questão social” assim como construção estrutural ideológica conservadora da saúde como ideário de nação. Desta forma a valorização da moral como força social e da educação para o ensinamento da força das leis. O pensamento conservador passa a fazer parte da nascente sociologia, sendo encontrado no funcionalismo de Durkheim, como forte conotação reformista da sociedade.

As transformações no ideário conservador rebatem com força no Serviço Social, fazendo-se presentes em sua gênese. Netto (1992) nos alerta para outras determinações presentes na relação Serviço Social e pensamento conservador. O autor aponta características da fase restauradora influenciada pelo catolicismo social, vertente ligada à Igreja Católica “[...] que estará no coração das protoformas francesas do Serviço Social – e não só delas, mas no bojo da configuração profissional nessa região até, pelo menos, os anos quarenta” (NETTO, 1992, p. 105). Influenciado pela vertente reformista do pensamento conservador, o Serviço Social norte-americano resultou de uma aceitação mais orgânica do capitalismo, em razão não só da ausência dos traumas de ruptura com a ordem social feudal – as transformações norte-americanas foram pacíficas -, como também do diferencial cultural da religião protestante, conforme nos informa Santos (2007).

O processo de constituição do capitalismo no Brasil não foi antecedido pelo regime feudal e nem implementado por uma revolução burguesa clássica. O conservadorismo foi marcado pela inserção periférica da economia brasileira no mercado mundial, gerando uma dependência do país em relação aos países de capitalismo central, inclusive em relação aos saberes, teorias e metodologias produzidas em outros países, portanto, o conservadorismo no Brasil guarda suas particularidades, segundo Netto (1992).

³ Os ideários da Revolução Francesa são: “*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*”, inspirados pela religião cristã e moralista sobre as bases críticas de Nietzsche, Marton (1990).

Em resumo foi necessário, então, reorganizar não só o espaço da fábrica, mas todo o meio ambiente: a vida familiar, a diversão, a economia doméstica, as percepções de mundos, todo o cotidiano do trabalhador, que deve seguir as normas do trabalho para o sucesso das fábricas. Para os homens trabalho, para as mulheres a alegria do lar. A Igreja Católica concebia os conflitos que emergiam da contradição capital-trabalho de forma moralista, um desvio da moral tradicional era a inserção da mulher no mundo do trabalho que criava contradição com essa lógica de moral, o que explica o trabalho do Serviço Social com famílias em sua origem no Brasil.

O Estado requisita da profissão respostas em sintonia com o reformismo conservador, não mais com o restauracionismo. A profissão passa a ser influenciada em seu aporte técnico-científico pelos progressos alcançados pelas ciências sociais nos marcos do pensamento conservador, especialmente em sua vertente empirista norte-americana (IAMAMOTO, 1992). Dessa forma fica demonstrado o conservadorismo como forte componente ideológico no Serviço Social e sua presença relacionada ao movimento da história, ultrapassando a intencionalidade da profissão.

Nos anos que transcorrerão até o golpe militar de 1964, como veremos adiante, o Serviço Social seguiu influenciado pelo conservadorismo, desenvolvendo o Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO DITATORIAL E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Com a chegada da ditadura militar no Brasil resultando também no avanço de golpe de Estado instaurado em abril de 1964, que perdurou até março de 1985, que atacavam diretamente as nascentes democracias na América Latina, respondendo a implementação da ideologia imperialista dos Estados Unidos. O golpe, que seria contra grupos esquerdistas, castigou a sociedade como um todo, conforme esclarece Vieira (2015):

[...] o sentido da ditadura de 1964, acima de tudo em decorrência de suas deliberações políticas. Trata-se de um golpe de estado, contra grupo de esquerdistas de qualquer tipo, e contra partidários do nacionalismo intransigente. Em linhas gerais o golpe de Estado castigou toda espécie de gente, desde seus adeptos até ingênuos trabalhadores, proibindo o mesmo tempo qualquer mobilização da sociedade, por mais controlada que fosse. Quanto as massas populares, o Estado Autoritário irrompido em 1964 impediu, ou desconfiou suas ações, caso não constassem da plataforma governamental. Assim, o povo foi afastado das manifestações políticas, passando a ser apenas informado das últimas decisões do governo, ou então passando a ser

convocado para obedientemente assistir às comemorações cívicas (VIEIRA, 2015, p. 324).

Vieira (2015) esclarece que o golpe militar começa em 1964 após o exílio do Presidente João Goulart (PTB). De acordo com o autor, “[...] o Supremo Comando Revolucionário escolheu o general Castelo Branco para concorrer à eleição presidencial” (VIEIRA, 2015, p. 272), ou seja, eleições indiretas. Em síntese, Castelo Branco (ARENA) apresentou-se como candidato único, eleito por 361 parlamentares, tomando posse em 15 de abril de 1964. Castelo Branco em meio a sua gestão, no período da ditadura de 1964, tomou algumas providências na área da Saúde Pública, na qual revelava bons resultados. Nas palavras do então presidente: “[...] não poderá haver um país rico com um povo doente. E, com o objetivo de tornar real e efetivo o amparo a saúde, foram intensas as atividades e inúmeras as realizações” (CASTELO BRANCO, 1964 *apud* VIEIRA, 2015, p. 313). Dentre tais atividades podemos citar as campanhas de lutas contras endemias (tuberculose, lepra, varíola, febre amarela, doença de Chagas e malária), obras de saneamento e qualificação profissional para os serviços de saúde, além da reorganização dos hospitais existentes. Em 1965 houve uma ampliação no abastecimento de água, unidades sanitárias e postos de saúde, distribuição de leite em pó, criação de banco de leite materno e aplicação da vacina Sabin: (VIEIRA, 2015, p. 313-314). Cabe ressaltar que o governo de Castelo Branco é caracterizado como autoritário o que dificulta um diálogo plausível com a população.

Desta forma, para Vieira (2015), “[...] desde a presidência de Castelo Branco (ARENA), o Ministério da Saúde tem-se preocupado em estabelecer o Plano Nacional de Saúde” (VIEIRA, 2015, p. 314). Para o autor, os problemas da Saúde Pública seriam resolvidos com a privatização dos serviços de saúde, deixando a saúde pública para atendimento médico individual, também apontava deficiências no âmbito da previdência.

Segundo Hofmann (2007), todo o sistema previdenciário foi unificado em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém, continuava com enfoque curativo contemplando apenas os contribuintes:

A Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, unificando todo o sistema previdenciário, mas conservando o enfoque curativo, individual e centrado na assistência médica para contribuintes da Previdência Social, deixando os não-contribuintes à mercê da caridade e da boa vontade dos institutos privados filantrópicos (Hoffmann, 2007, p. 18).

Em contrapartida, Vieira (2015) discorre sobre a determinação do INPS em relação aos investimentos na área da saúde, quando foi privilegiada a rede privada de saúde em detrimento dos investimentos na rede pública. Assim, ressalta o autor:

Em novembro de 1966, através do Decreto-Lei n. 72, a administração celetista estabeleceu o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Fundiam-se os Institutos de aposentadoria e Pensões, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU para dar origem ao enorme organismo burocrático que é o INPS. [...] Desde logo, seus dirigentes esclareceram que os recursos eram limitados, não se pretendendo resolver os problemas de saúde do país. A direção do INPS raciocinava, em 1968, sobre como encontrar solução satisfatória ao entendimento médico. Com apenas 27 hospitais e podendo utilizar outros 400 de caráter público, o INPS acabou por investir na rede hospitalar privada, com perto de 2.373 unidades. Um de seus presidentes, no próprio ano de 1968, considerava-o responsável pela assistência curativa e recuperadora (VIEIRA, 2015, p. 318).

Em síntese, a Política de Saúde no período da ditadura, em face da “questão social” no período de 1964 a 1974 tornou os problemas estruturais mais complexos. O Estado criou meios para “aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2000, p. 6).

Para Kaloustian (2011) começou-se a estabelecer um projeto de cunho republicano o que traduz no aprofundamento das estruturas sociais com forte influência da teoria positivista⁴. Colocando, assim, a modernização conservadora que traz elementos para a continuidade da família nuclear burguesa, a denominada “nova família⁵”. No entanto, mudam os conceitos que são o lugar da mulher, claramente existiam pré-afirmações de que a mulher precisava desempenhar o papel de mãe, cuidadora dos filhos, além da responsabilidade de educá-los para a sociedade, mas o papel de boa mãe está vinculado ao “[...] suporte do homem para que este pudesse enfrentar a labuta do trabalho fora de casa [...]” (KALOUSTIAN, 2011, p. 31), estabelecendo assim, a linha desigual entre homens e mulheres que enfrentam as exigências de uma sociedade patriarcal na procura de bons costumes e valores.

Na segunda metade da década de cinquenta se desenhava um processo de crise que Netto (2001) chama de erosão do tradicionalismo, pois existia um processo econômico-social chamado de “Industrialização Pesada” que colocava as demandas na intervenção das

⁴ A palavra Positivismo è a crítica informada por Augusto Comte e várias correntes teóricas que carregam em combate-lo a partir de teorias como o Marxismo, pós-modernidade e a sociologia compreensiva. Lacerda (2009).

⁵ Na pós modernidade se concretizou o conceito de nova família incorporando-se aos princípios de igualdade e afeto ao casamento (VENOSA 2012 *apud* SILVA, *et al.* 2019, p. 132).

expressões da questão social, e as práticas anteriormente adotadas como a abordagem individual e grupal realizadas pelos Assistentes Sociais, eram surpreendidas com a possibilidade das abordagens comunitárias, incorporadas durante a teoria-metodológica na formação dos Assistentes Sociais que deveriam entender segundo Netto (2001) a realidade social a partir dos problemas macrossociais, claramente não estavam alinhados ao pensamento Teórico-Ideológico, pois se colocavam como acríticos dando a abertura reforçada para pensar as preocupações macrossociais.

Além, claro da inclusão dos Assistentes Sociais nas equipes multiprofissionais que na época de cinquenta era relativamente novo, pois colocava as exigências nas experiências e nos programas como parte dos aparelhos decisórios do Estado, assim como as experiências internacionais que colocavam a superação do desenvolvimentismo com forte trabalho nas comunidades que visibilizavam as novas perspectivas de intervenção que trazia a ampliação da sociedade brasileira aos ideais desenvolvimentista colocadas pelas organizações internacionais. (NETTO, 2001)

Durante o período ditatorial, o Serviço Social brasileiro e a área da saúde deram continuidade à corrente tradicional conservadora, no entanto, à partir da instauração da autocracia burguesa – o governo ditatorial e autocrático que se juntou a burguesia nacional para o golpe – a profissão se materializou em diferentes formas de intervenções profissionais baseadas nas “novas condições⁶” para o desenvolvimento do trabalho, conforme aponta Netto (2005). Alinhando-se aos ideais ditatoriais, com novas ferramentas que eram adaptadas ao aparato estatal, uma corrente do Serviço Social modificou sua postura profissional, se distanciando dos elementos doutrinários e religiosos que antes influenciavam a profissão, adotando uma postura técnica e burocrática.

Segundo Netto (2005), em decorrência da implementação de políticas sociais, ampliou-se o mercado de trabalho para os Assistentes Sociais, que passa a atender um maior número de brasileiros nos serviços criados no período. A partir de 1966-1967, o principal empregador de Assistentes Sociais era o Estado, que começa uma série de reformulações, primeiramente com o sistema previdenciário promovido sob a ótica centralizadora do “Estado de Segurança Nacional”. Cabe ressaltar que as empresas privadas, em decorrência da industrialização do país, passam a valorizar as obras sociais como parte fundamental para o

⁶ Segundo Netto (2005) estas novas condições se referem às mudanças no campo da intervenção profissional dos Assistentes Sociais que estavam atreladas as adaptações entre o Estado e a sociedade civil, trazendo ideias conservadoras e modificando posturas técnico-burocráticas.

estabelecimento de suas indústrias no território nacional. Desta forma, dava-se continuidade a vigilância e o controle da força de trabalho.

O Serviço Social passa a entender o usuário como “cliente” que procura bens e serviços fora do campo do direito social e entendido como parte de uma política abrangente universalizada, consolidando a modernidade da profissão mas, ao mesmo tempo, cria fluxos de atendimentos e práticas baseadas em processos burocrático-administrativos, sobre comportamentos dentro de um Estado administrativo-empresarial cujas práticas profissionais se instrumentalizam em instâncias hierárquicas, como coloca Netto (2005).

Dessa forma, atendendo as necessidades do período ditatorial e as políticas implementadas nesse contexto, essa corrente defendia a continuidade do ciclo autocrático burguês sob comando do grande capital (NETTO, 2005). Essa vertente teórico-metodológica foi definida pelo autor como vertente modernizadora.

Assim, a perspectiva modernizadora constitui a primeiro aspecto da renovação do Serviço Social que emerge no encontro de Porto Alegre em 1965 e encontra suas formulações afirmadas nos resultados do primeiro “Seminário de Teorização do Serviço Social” promovido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviço Sociais (CBCISS) na “estância de Araxá (MG) entre os dias 14 e 25 de março de 1967, e se desdobra nos trabalhos do segundo evento daquela série, também patrocinado pelo CBCISS e efetivado entre os dias 10 e 17 de janeiro de 1970, em Teresópolis (RJ)” (NETTO, 2011, p. 164). Destes encontros possuem diferenças, mas podemos situá-las como a consolidação modelar na tentativa de adequar a (auto)representação do Serviço Social, estes documentos tentavam se vincular, segundo Netto (2001) chamando-a de processo induzido de mudanças e suas bases se consolidavam na polêmica da modernização com a superação do “modelo tradicional” utilizado pelos Assistentes Sociais sobre um gradativo aumento dos níveis de bem-estar.

Logo a segunda parte do processo de renovação do Serviço Social se faz presente na reatualização do conservadorismo que a parte dos encontros de seminários como os de Sumaré (1978)⁷ e do Alto da Boa Vista (1984), pois estes não rompem com os ideários tradicionalistas focalizados na caridade, convertendo-se em um “novo conservadorismo” como diz Netto (2001). Incorporado aos de teóricos ligados a fenomenologia, o grupo de profissionais ligados a essa corrente, atuaram em maior número em associações religiosas, igrejas e fundações, respeitando a moldura de exercício profissional da época.

⁷ O terceiro seminário, realizado no Sumaré/RJ (1978), publicado em “Debates Sociais”, Suplemento nº 8, agosto de 1980, intitulado “Documento do Sumaré”.

Desta forma devemos compreender que a renovação do Serviço Social se fundamenta na alteração das práticas e das estruturas institucionais principalmente no campo técnico profissional que vinha sofrendo redimensionamento “[...] bem como os padrões da sua organização como categoria, e suas referências teóricas culturais e ideológicas sofreram giros sensíveis [...]” (NETTO, 2001, p. 115).

De acordo com Netto (2005), o período que compreende de 1965 e 1985 representa um importante intervalo de tempo para as mudanças profissionais do Serviço Social no país. A forte emergência de católicos progressistas e uma Igreja com uma visão mais abrangente dos problemas sociais permitiram também críticas ao fazer profissional. A corrente que procura romper com a visão técnica e doutrinária foi chamada por Netto (2005) de intenção de ruptura.

No entanto, o aprimoramento da adaptação nas novas regulamentações e tentativas de mudança profissional trouxe discussões teóricas e ideológicas para a categoria, em dois aspectos: primeiramente a laicização do Serviço Social que em termos gerais é o “[...] projeto de formação, paradigmas de intervenção, órgãos de representação e etc. [...]” (NETTO, 2001, p. 128). Neste sentido, sendo um acúmulo para várias ferramentas institucionais, técnico-operativo e metodológico que vão estar presentes durante a reconfiguração do Serviço Social como profissão implantando, assim, futuramente o projeto ético-político de 1993 com o viés hegemônico que conduzirá estrutura às bases para a consolidação das novas vertentes ideológicas da profissão. E o segundo aspecto, segundo Netto (2001, p. 129), é a própria contradição das expressões sócio-históricas que carregam a prática e o exercício profissional que cumpre ao mesmo tempo as exigências do regime autocrático burguês, que não sofre mudanças estruturais, mas sim adaptações societárias, nas novas realidades onde o Serviço Social deverá enfrentar as recentes expressões da “questão social⁸” impostas pelas novas configurações burguesas.

Em poucas palavras, isto equivale afirmar que, instaurando condições para a renovação do Serviço Social de acordo com as suas necessidades e interesses, a “[...] autocracia burguesa criou simultaneamente um espaço onde se inscrevia a possibilidade de gestarem alternativas as práticas e as concepções profissionais que ela demandava” (NETTO, 2001, p. 129). Por conseguinte, segundo Netto (2001), a “validação teórica” se coloca importante para fixar a renovação do Serviço Social, isto é, definir as bases profissionais que reforçaram institucionalmente, teoricamente e tecnicamente o Serviço Social na nova fase. Assim, aparece

⁸ “questão social” é o conjunto de desigualdades sociais, junto da sociedade capitalista, que expressa as contradições e o antagonismo entre o capital e trabalho. Santos (2012, p. 17) esclarece que o uso das aspas é utilizado por alguns autores do Serviço social Brasileiro “denotando um certo cuidado na sua adoção”.

como importante a consolidação do pluralismo, ou seja, as diferenças ideológicas que convergem historicamente no percorrer da profissão, em outras palavras, as práticas tradicionais e as novas deverão conviver dentro de uma “tradição de monolitismo ideal” segundo o referido autor.

Além disso, a interlocução da nova fase do Serviço Social com as Ciências Sociais se manifesta no entendimento das problemáticas sociais que passam por várias fundamentações do campo teórico para refletir, seja para validar teoricamente a profissão, seja para dar instrumentalidade normativa na academia para a realização de pesquisas, e é nesse contexto que surge à necessidade de compreender a sociedade brasileira contemporânea baseada principalmente na compra e venda da força de trabalho como eixo na economia nacional. Portanto, não é um puro acaso que um dos traços mais salientes dessas elaborações seja a ênfase na análise crítica do próprio Serviço Social, a profissão mesma se põe como objeto de pesquisa, num andamento antes desconhecido – “é só no marco desta abrangência que o Serviço Social explicitamente se questiona e se investiga como tal” – (NETTO, 2001, p. 133).

A partir das reflexões de Yamamoto na perspectiva de intenção de ruptura ao processo de renovação do Serviço Social no Brasil se localiza na produção de conhecimento da década de oitenta, principalmente no referencial teórico-metodológico expressadas nos interesses históricos da classe operária e resgatando a teoria social de Marx enriquecendo o debate profissional com propostas crítico-analíticas, adaptando-se as exigências societárias colocando-se como uma profissão que produz conhecimento intelectual, além de colocá-lo como um agente técnico especializado nos papéis sócio-políticos e profissionais (NETTO, 2001, p. 303)

O Método Belo Horizonte provê como uma alternativa ao conservadorismo, configurando-se como a primeira elaboração cuidadosa no país sob a autocracia burguesa que começa a desenhar um projeto nos quadros da formação, técnico e de intervenção que percorre “um análise histórico que traz a ruptura com os procedimentos típicos do tradicionalismo (e igualmente, a diferença com as perspectivas modernizadora e de reatualização do conservadorismo) salta a vista. A tentativa de historizar objeto e objetivos profissionais, o repúdio sem ambiguidade, a assepsia ideológica ao transclassismo” (NETTO 20001, p. 279) são notórios neste método histórico para o Serviço Social brasileiro.

Assim, entre os anos 1980-1990 o Serviço Social, a partir de um debate profissional construído socialmente no III Congresso Brasileiro de Assistente Sociais (CBAS) denominado pela categoria profissional de “congresso da virada”, se acentuou na teoria social crítica marxista, produto das mudanças societárias que a Yamamoto (2000) vai chamar de “ciclos

expansionistas capitalistas”, assim como a necessidade do desenvolvimento Latino-Americano sob a dependência aos países centrais do capital. Com efeito de compreender as realidades societárias regionais politizando a ação profissional em projetos alternativos contra a hegemonia conservadora que, por anos, foram traduzidas em mudanças opressoras sobre temáticas sociais que auxilia a compreender melhor a “realidade dos oprimidos”, segundo coloca a Yamamoto (2000). Desta forma, se reformula a parte da direção social hegemônica a partir do Congresso da Virada com Código de Ética de 1993; que com a promulgação da Lei 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão estabelece seu marco jurídico profissional; as Diretrizes Curriculares de 1996 importantes para a formação que se coloca como elementos estruturantes do Projeto Ético-político Profissional, que respondem a consolidação da proposta marxista na formação, estabelecendo a posição política inspirada nos ideais marxistas dentro do Serviço Social brasileiro.

3 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL: DAREDEMOCRATIZAÇÃO A CONTEMPORANEIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS

O processo de redemocratização relacionado diretamente na área de saúde surgiu em meados dos anos de 1970 com o movimento de oposição à Ditadura Militar e pela defesa da democracia do país. No referido ano, ainda não existia saúde pública, o acesso a saúde era somente aos que podiam pagar pelos serviços, ou trabalhadores que contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), os demais recorriam às filas das Santas Casas de Misericórdia. No final dessa década, com a movimentação dos trabalhadores da saúde, da sociedade e organizações que reivindicavam os direitos começaram a ganhar espaço. Nas palavras de Mendes:

O movimento da reforma sanitária surgiu em meados da década de 70 e foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados a um movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. É preciso compreender que o movimento da reforma sanitária se concretiza como um processo modernizador e democratizante de transformação no âmbito político-jurídico, político-institucional e político operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento da sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1995 *apud* MENDES, 2011, p. 334).

Neste sentido, nos anos 1980, a saúde passou a assumir uma dimensão política e contou com a participação de profissionais de saúde; o movimento sanitário; os partidos políticos de oposição com propostas governamentais (como o Partido dos Trabalhadores “PT”), além da participação de alguns Assistentes Sociais no movimento devido estar atrelado aos princípios do direito social da saúde que estavam sendo debatidos que conformaram as grandes filas dos movimentos sociais procurando melhora nas condições de vida da população para o setor de saúde. Segundo Bravo (2001), as principais propostas debatidas foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p. 09).

Ressalta-se a importância de mencionar o marco fundamental na história da saúde que ocorreu em 1986, ou seja, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília. O evento “contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil eram delegados” (BRAVO, 2001, p. 09). Na conferência foram debatidos três temas principais: I - A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III- Financiamento setorial. (BRAVO, 2001).

Ainda segundo Bravo (2011), a Reforma Sanitária foi fruto da necessidade de uma reestruturação do setor de saúde que se consolida após a criação do SUS, separando a saúde da previdência. Os princípios da Reforma Sanitária segundo Mendonça; Giovanella (2007 *apud* Mendes et al., 2011, p. 332) são: “criação de infraestrutura de rede física de cuidados de saúde, descentralização de competências, recursos e gerência de programas; instituição de órgãos colegiados de decisão; estímulo a participação social em Serviços de Saúde”. Nesse sentido, tornando futuramente um sistema de saúde organizado no que se referente a estrutura, quadro profissional e serviços que, com a participação popular, recaem na consolidação do direito de participar na tomada de decisões referentes às políticas de saúde, que antes era voltada para aqueles que podiam adquirir os serviços privados limitando o acesso ao resto da população.

No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o conceito de saúde não é abstrato, foi “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio

ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e serviços de saúde”, a ser conquistada pela população (ANAIS, 1987, p. 382 *apud* BRAVO, 2011, p. 111).

Bravo (2011), com base nos escritos de Cordeiro (1988), relata ainda que, após a realização da Conferência, “[...] o governo teve de assumir a bandeira da Reforma Sanitária”, na procura da melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade no país, que antes eram insustentáveis para um sistema de saúde falho. A referida autora, ao concordar com Teixeira (1989, p. 53), pontua:

“[...] em relação às dúvidas e incertezas quanto à continuidade da reforma sanitária, pois a transição democrática e os diferentes governos interferem e repercutem na saúde, além dos dois elementos que colocam a reforma em tensão, quais sejam: o reformador e o revolucionário.

[...] “O reformador, imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário, que é a questão de saúde, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população” (BRAVO, 2011, p. 118).

Alguns destes temas são de suma importância para a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, para a consolidação da Reforma Sanitária, pois foi a partir dessa mobilização que se chegou à conclusão de que a saúde é um bem do cidadão, um direito social e dever do Estado, tensionando para que a saúde fosse transformada em direito constitucional conforme veremos a seguir (BRAVO, 2001).

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A política de saúde, ao final da década de 1980 e durante a década de 1990, recebeu duas propostas: a primeira pautada em um projeto neoliberal, portador da hegemonia que defende a privatização; a segunda baseada em uma perspectiva contra hegemônica apreendendo o projeto da Reforma Sanitária, utilizando o SUS como estratégia (MENDES, 2011).

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 ficou denominada popularmente como “Constituição Cidadã” pela “promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no país frente a grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”, como relata Bravo (2001, p. 09).

No âmbito da saúde, o texto Constitucional é inspirado nas propostas defendidas pelo movimento sanitário por vários anos. Os orçamentos do novo sistema ficaram poucos definidos, mencionando que a fiscalização da produção de medicamentos compete ao

sistema de saúde. Em relação às propostas de saúde do trabalhador em locais insalubres identifica-se que as mesmas foram recusadas, conforme aponta Bravo:

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com os interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se de trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade de produtos (BRAVO, 2001, p. 11).

Demonstrando, portanto, que desde a criação do SUS estava sendo ao mesmo tempo elaborado um projeto de desmonte. Desta forma, Bravo (2001) coloca que “a longa tradição de privatizar o que é público pela classe dominante” foi interrompida com a chegada da Constituição Federal de 1988, mas cabe ressaltar que o novo modelo de saúde se colocava nas contrarreformas com a chegada do neoliberalismo no país.

Um dos maiores avanços foi a Seguridade Social, destinada a assegurar os direitos da sociedade brasileira relativos à saúde (para todos, independentes de contribuição); à Previdência Social (para quem contribui para o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS); e a Assistência Social (para quem dela necessitar, independente de contribuição). Em relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão da população, os principais aspectos que contribuíram para a aprovação da Constituição Federal de 1988 foram: a universalização do acesso à saúde, acabando com as discriminações; o poder público ficando responsável pela regulamentação, fiscalização e controle; constituição do SUS; deixando o setor privado como serviço complementar no sistema de saúde (TEIXEIRA, 1989 *apud* BRAVO, 2001, p. 10-11). Uma das primeiras metas a serem implantadas para as mudanças necessárias foram a politização da saúde, pois, de acordo com Bravo (2001):

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção (BRAVO, 2001, p. 11).

Além deste, outros aspectos fundamentais relatados por Bravo (2011) residem na alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço das práticas institucionais que tinham como objetivo fortalecer o setor público de saúde. Desta forma o Brasil possui o maior

sistema de saúde do mundo, o SUS, que nasce no processo de redemocratização do país, inscrito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

A Lei que Regulamenta o SUS é a Lei nº 8080/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS)”, prevendo, além do direito à saúde, a participação social amparada pela Lei 8.142 que “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”. A criação do Sistema Único de Saúde, “foi empreendida sob o novo regime democrático, tendo em vista seu caráter universal e igualitário” (LIMA, 2006 *apud* MENDES, 2001, p. 334).

Para que o SUS seja único em todo o país ele detém princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários são: a universalidade (direito a saúde à todos); a equidade (priorizar os serviços de urgência e emergência) e a integralidade (prevenção da doença, tratamento e reabilitação); e os organizativos: Regionalização e hierarquização (conforme a complexidade); Descentralização (para redistribuir as responsabilidades) e a participação popular (participar em conselhos e conferência). Esses princípios caracterizam o SUS como um sistema integrado e descentralizado de saúde, sendo composto por três entes federativos: União Federal, Estados e Municípios, cada um com suas atribuições e responsabilidades de administração e financiamento. Os serviços ofertados pelo SUS vão desde atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), atendimento de emergência, exames, transplantes, como também ensino e pesquisa, ou seja, engloba o atendimento de baixa a alta complexidade, de forma gratuita e sem discriminação de cor, raça, etnia ou posição social, sendo referência mundial de saúde.

Cabe ressaltar que a política de saúde como resultado do movimento de reforma sanitária vai ser entendida a partir de contrarreformas estruturais de retrocessos e avanços para a sociedade brasileira. Dessa forma, no percorrer dos anos subsequentes a promulgação da Constituição Federal de 1988, antes de ser implementada, já existia um projeto

político/econômico para seu desmonte que será evidenciado nos diferentes governos de cunho neoliberal que se estabeleceram na década de 90 até os anos 2000.

3.2 A POLÍTICA DE SAÚDE E OS PROCESSOS DE CONTRARREFORMAS: DE 1990 AO GOVERNO BOLSONARO

De acordo com Vieira (2015), nos anos de 1990, Fernando Collor de Mello se candidatava à presidência da República Brasileira junto ao Partido Republicano da Ordem Social (PROS), na oposição estava Luiz Inácio Lula da Silva, que foi derrotado por aproximadamente 5% de diferença nos votos. Collor de Mello assumiu a presidência em 15 de março de 1990, em seu discurso “[...] enfatizou a juventude, senso de justiça, a revolução educacional, o combate à inflação o auxílio à pobreza etc.” (VIEIRA, 2015, p. 458). Após um ano e meio de gestão, essas propostas não haviam sido cumpridas, demitiu funcionários públicos, a inflação aumentou e, em relação a Constituição Federal de 1988, em seu pronunciamento no mês de outubro de 1991, Collor mencionava as alterações da Constituição que recém havia sido promulgada, defendendo a privatização:

[...] Completam-se hoje três anos de vigência da nova Constituição brasileira... As palavras “direitos” e “garantias”, por exemplo, aparecem 182 vezes na nossa constituição, enquanto a palavra “deveres” é mencionada em apenas 32 passagens. O desequilíbrio é claro. Os constituintes sabiam, no entanto, que a constituição refletia a realidade da política dos meses longos dos quais ela foi elaborada. Tanto assim, que previram, na própria constituição, que ela deveria ser revista e aperfeiçoada. [...] Uma das causas fundamentais por trás da inflação é o déficit público. ... Vamos acabar com a triste realidade em que o cidadão paga os seus impostos e não recebe de volta os serviços públicos de boa qualidade. ... É para evitar esse drama que estamos avançando com o programa de privatização; fazendo o que a maioria dos países do mundo já vem realizando, com rapidez e sem titubear, pois o modelo de economia em que o setor público, o Estado, tentou ocupar o lugar das empresas privadas na produção, não deu certo e está sendo definitivamente enterrado... Acabou-se o tempo em que se suspeitava das intenções das empresas e dos investidores estrangeiros. Hoje, em todas as partes do mundo, o capital é disputado, e estamos definitivamente na disputa (VIEIRA, 2015, p. 466-467).

No governo Collor de Mello, aliado ao Partido da Reconstrução Nacional (PRN)⁹, o investimento na saúde foi totalmente diminuído, posicionando o Brasil como o país que menos investia na saúde dos brasileiros. A insatisfação da população brasileira com o Governo do Presidente resultou em vários protestos e pedido de “*impeachment*” que foi aprovado em 29 de setembro de 1992, afastando Collor do cargo de presidente, assumindo o

⁹ Mudança de partido de Fernando Collor depois da eleição do PROS para o PRN.

vice-presidente no dia 29 de dezembro de 1992 (VIEIRA, 2015). Assim Itamar Franco vinculado ao Partido Popular Socialista (PPS) em seu primeiro discurso como Presidente da República fez o pronunciamento em “relação à redução das taxas de juros; organização dos gastos públicos; usar como base a política externa; fazer revisão constitucional, entre outros” (VIEIRA, 2015, p. 522).

No que se refere à Constituição Federal de 1988, após cinco anos desde a sua promulgação, apenas pouco mais de 100 artigos (de 350 artigos) estavam regulamentados, ou seja, estavam revisando uma Constituição inacabada (VIEIRA, 2015). Na conjuntura do período, a política brasileira virou cenário de violências e um “ar de desesperança”, segundo o referido autor:

Havia um ar de desesperança no Brasil, a política convertera-se para a população num jogo de interesses contrários a ela mesma. A política claramente não significava campo destinado ao exercício da liberdade individual e a construção da felicidade social autêntica finalidades da República (VIEIRA, 2015, p. 545).

A corrupção no Brasil estava demasiadamente elevada, o que levava o discurso de colocar em práticas as políticas de saúde de forma gratuita e universal que era inviável devido à grande crise financeira, defendendo assim, o projeto neoliberal. No entanto, Fernando Henrique Cardoso do Partido Social da Democracia Brasileira (PSDB), foi eleito e exerceu o cargo de presidente de 01 de janeiro de 1995 até 01 de janeiro de 2003, foram dois mandatos. Em seu governo ampliou a vendas das empresas estatais iniciadas no governo Collor, continuou com o Plano Real (a troca da moeda brasileira de Cruzeiro para o Real) para conter a inflação, fez um Plano de Reforma Estatal da Previdência, promoveu a implementação de Organizações Sociais da Sociedade Civil, entre outros, “[...] foi acusado de corrupção como a compra de votos dos parlamentares e beneficiar certos grupos financeiros com a privatização de empresas estatais” (VIEIRA, 2015, p. 562).

De acordo com Vieira (2015), a reforma do Estado, as políticas sociais não foram incluídas nas atribuições principais:

Na reforma do Estado, a educação e a saúde não eram funções típicas do Estado. Desapareciam inteiramente os atributos principais das políticas sociais dirigidos ao combate à pobreza e a desigualdade, porque tais políticas perderam a característica fundamental da universalidade e de ser públicas (VIEIRA, 2015, p. 657).

Neste sentido, o Estado ficou influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal¹⁰, desconstruindo a proposta de saúde do texto da Constituição Federal de 1988 através dos acordos políticos entre os grupos empresariais sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais) que trouxeram discrepâncias entre o próprio SUS e a consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado (BRAVO, 2001), que estavam sendo benéficos para os interesses do capital. O Sistema Único de Saúde como política social não avançou nos anos de 1990, devido ao descumprimento dos princípios contidos na Constituição Federal de 1988 como a integridade e a equidade.

Para Bravo (2001, p. 14-15) o projeto da Reforma Sanitária pautava-se na “concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”, já o projeto neoliberal ou o projeto de saúde articulada ao mercado, “está pautada na Política de Ajuste que tem como principal tendência a contenção de gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidades do poder central”, nesse sentido, garantir o mínimo para quem não pode pagar pelos serviços (BRAVO, 2001, p. 15). A autora elucida que a resistência no projeto de saúde voltado para o mercado ocorreu devido a proposta de um dos fundamentos centrais do SUS, a universalidade do direito.

Em relação à saúde no governo Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), do Partido dos Trabalhadores (PT) foi mantido “a política macroeconômica do antigo governo” (BRAVO, 2001, p. 15), a expectativa era que [...] “fortalecesse o projeto da reforma sanitária”, ao invés do projeto privatista. O fato é que o presidente ficou “polarizado”, nas palavras de Bravo, entre os dois projetos, ou seja, criou quatro secretarias para a organização estrutural do Ministério de Saúde, entre estas, “a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde com finalidade de formar recursos humanos para saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área” (BRAVO, 2001, p. 16), porém, para a questão dos recursos humanos, precisava da implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB), que já haviam sido elaboradas a primeira versão do documento após a 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1998, como estratégia para obter garantias profissionais dos servidores públicos do SUS, tais como: pagamentos, carga horária, organização administrativa auxiliando na consolidação da política de saúde.

¹⁰ A expressão “ajuste neoliberal” refere-se a crise decorrente do ajuste neoliberal dos anos 1980 se dá no Brasil, numa perspectiva histórico-estrutural, no chamado esgotamento do “Estado Desenvolvimentista” em que o principal elemento é a Crise Financeira do Estado, decorrente de um processo crescente de endividamento externo e interno. (ARAÚJO *et al*, 2009, p. 2)

Ainda sobre a saúde, uma ação importante de se mencionar no âmbito da gestão de Lula, foi à aprovação do Pacto pela Saúde. Menicuci (2011), ao discorrer sobre a definição e objetivos do Pacto aponta que:

O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o Pacto de Gestão do SUS, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão – entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção (MENICUCI, 2011, p. 525-526).

Assim, a atenção básica através do Programa Saúde da Família teve um avanço na cobertura e qualidade que destaca entre as ações incrementais no primeiro mandato de Lula, contando com um aumento de 57% no número de equipes de saúde. No segundo mandato ficou estabelecido como prioridade na agenda social do governo. De acordo com Menicuci (2011), Lula “cumpriu suas promessas” realizadas na campanha eleitoral, porém “o Pacto em defesa do SUS” deixou a desejar, considerando que a sociedade esperava algo mais inovador no governo principalmente na implementação dos princípios do SUS (MENICUCI, 2011, p. 531).

No Governo de Dilma Rousseff (PT), que compreende o período presidencial de 2011-2016, foi marcado pela continuidade do SUS como política pública mas, segundo Reis e Paim (2018), se estrutura dentro de um programa de aceleração do desenvolvimento nacional baseado no capitalismo tradicional brasileiro sem romper com as bases do neoliberalismo, isto é, tentar equilibrar as taxas de juros doméstica e [...] “diminuir a dívida líquida do setor público, alcançar uma taxa de câmbio mais competitiva e conseguir a queda da taxa de desemprego [...]” (REIS; PAIM, 2018, p. 103).

O governo Dilma se viu diante de um cenário caótico de estagnação econômica, com crescentes gastos governamentais e falta de controle das taxas de inflação impostas pelo próprio governo, indicando um quadro de possível recessão. Esse contexto de instabilidade possibilitou a efetivação do golpe jurídico-parlamentar que alterou a base de sustentação do governo Dilma e permitiu a ascensão do governo ultrarreacionário e ilegítimo de Michel Temer, em uma ampla coalizão que assegurou a intervenção econômica por meio de um duro plano de austeridade (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017, p. 455).

Observa-se que, mesmo com os fatores atrelados as diferentes políticas de cunho neoliberal no país, neste governo, a política de saúde tem avanços na descentralização dos serviços de saúde nos municípios ampliando a cobertura universal da vacinação e do pré-natal “[...] além da expansão de recursos humanos e tecnologias de saúde [...]” (REIS; PAIM, 2018, p. 103). Porém, os desafios na saúde continuaram sendo presentes, como a garantia do acesso universal que vem sendo quebrantado pela burocracia do Estado e a impossibilidade de grupos vulneráveis ao acesso (como a população de rua) além da necessidade do financiamento redobrado para mudar o modelo de atenção nas diferentes unidades de saúde (REIS; PAIM, 2018).

Desta forma que, no ano de 2011, durante o Governo Dilma (PT), foi estabelecida uma nova normativa na atenção primária (Portaria nº 2.488/2011) “[...] com destaque para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), flexibilizando determinadas normas com relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico [...]” (REIS; PAIM, 2018, p. 104). Abaixo, o quadro II demonstra os diferentes programas e decretos publicados para o aprimoramento da política de saúde no governo Dilma.

Quadro 2- Principais fatos políticos produzidos das eleições de 2010 às Jornadas de Junho de 2013

Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação do SUS (Decreto nº 7.508 / 2011); • Redefinição do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes – Port. nº 2.546/2011); • Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011); • Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); • Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012); • Criação do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) – 2011; • Retomada da discussão sobre o Cartão SUS – 2011.
Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 7.646/2011, que estabelece a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); • Portaria nº 1.214/2012, que institui o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS(Qualifar/SUS).
Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Enfrentamento das DCNT (2011-2023); • Redefinição do NASF 1 e 2 e criação do NASF 3 – Port. nº 3.124/2012; • Lei nº 12.401/2011, resultando na atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); • Proposta de Cobertura Universal da Saúde (2012).
	<ul style="list-style-type: none"> • Proposta de Cobertura Universal da Saúde (2012). • Ampliação do elenco do Programa Aqui Tem Farmácia Popular; • Mudanças na Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias nº 1.600; nº 1.601; nº 2.026); • Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.488); • Programa Academia da Saúde (Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011); • Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Provab (Portaria Interministerial nº 2.087/2011); • Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; • Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) (Portaria nº 396/2011); • Plano Brasil Maior (2011-2014), que inclui o complexo da saúde na agenda setorial; • Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS (Portaria nº 2.715/2011); • Programa Brasil Carinhoso (2012); • Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Portaria nº 506/2012); • Plano Nacional de Saúde 2012-2015; • Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2012); • Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (saúde bucal na rede) (2012); • Regulação do mercado de medicamentos (anorexígenos e medicamento similar); • Regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012); • Criação da EBSEERH (Lei nº 12.550).
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde+10 (PL de Iniciativa Popular nº 321/2013)

Fonte: REIS; PAIM (2018, p. 105).

Pode-se assim expressar as várias divergências ideológicas sobre a saúde no governo de Dilma (PT), a partir da privatização, ou do assim chamado projeto revisionista, como coloca Reis e Paim (2018). No entanto, os pontos deficientes que aparecerem segundo as análises de dos referidos autores é a continuidade da inversão do capital privado na saúde com a abertura de capital estrangeiro no mercado e a falta de melhoramento das infraestruturas das unidades de saúde. Poderíamos dizer, assim, que este governo, na área da saúde, se determina na hibridização do setor privado/público que, por conseguinte, cria a dependência reforçada na saúde particular sob transações desiguais com o sistema público que travam o acesso aos serviços de saúde à população mais vulnerável.

Com a chegada do governo de Michel Temer, ligado ao partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), edificado sob um golpe de Estado ao governo Dilma no ano de 2016, as variadas políticas públicas voltadas para a área da saúde passaram pelo aprofundamento da diminuição do gasto público. Segundo Castilho; Lemos; Gomes (2017), o governo Temer tinha a função de “[...] promover um choque de medidas neoliberais radicais de natureza conservadora e reacionária [...]” (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017, p. 458).

Desta forma, se tinha como garantia os interesses dos grandes aglomerados econômicos no país com os planos de saúde (grande parte deles com capital estrangeiro) permitindo, assim, o desmonte do gasto público feito pelo Estado nos diferentes programas federais do governo, em especial na área da saúde. Na verdade, este governo visionava o desmonte da Constituição Federal de 1988 que garantia direitos aos diferentes setores da população e seguindo as práticas adaptadas pelo governo se entendia que era evidente o desmonte, como a mudança na aposentadoria, reestruturação da Consolidação das Leis Trabalhistas e da Lei de regulamentação da Terceirização irrestrita.

Por conseguinte, a classe trabalhadora sofre várias contrarreformas em detrimento ao ganho do grande capital que colocava grande desqualificação da qualidade de vida da população e o agravamento da crise econômica, social e política, além das incertezas sobre os futuros ataques que poderiam ser alvo os trabalhadores, porém, existia também no SUS o receio sobre a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto (PEC 241-55) que colocava a diminuição do orçamento e a impossibilidade de criação de novos programas no âmbito federativo por vinte anos.

Efetivamente esta austeridade no teto de gastos públicos responde a entrada dos planos privados com as empresas desta área, que tinham como intenção reconfigurar o sistema público de saúde na “[...] Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017” [...] (BARROS; BRITO, 2019, p. 81). Basicamente era construir um diálogo com o “*Lobby*” empresarial dos planos de saúde para estruturar o sistema, com a união público/privado que respondia a uma gestão integrada destes ao próprio sistema. Claramente estava em contramão da luta do Movimento Reformista Sanitarista e do contemplado na Constituição Federal de 1988.

O governo Temer aprofunda a crise no investimento na área da saúde a partir de uma mercantilização de todos aqueles serviços básicos para a população, sob o discurso e a narrativa, naquela época, de romper com tudo aquilo que não era necessário e como um Estado de Crise se deve reagir com uma “política de austeridade” de gasto que no final das contas era utilizado como justificativa dos avanços de projetos e reformas no Congresso e no Senado Federal.

Para analisar a política de saúde no governo de Jair Messias Bolsonaro, do Partido Social Liberal (PSL) devemos continuar a linha traçada por Michel Temer, que era a manutenção do desmonte do SUS e a necessidade deste de se sustentar nas bases da privatização do sistema. Cabe ressaltar que as variadas características do governo Bolsonaro é a ousada terminologia de seus discursos que respondem a uma parcela reacionária da população, que busca menos intervenção estatal e estava cansada dos “privilégios” herdados dos governos petistas.

Desta forma, umas das primeiras normativas adotadas na área da atenção básica em saúde foi a redução do Programa “Mais Médicos” com o discurso de “[...] torná-lo mais técnico e menos político [...]” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 201). Tinha-se a visão que era um programa de doutrinação ideológico que servia à reprodução de ideias revolucionais (socialistas) não compatíveis às “novas ideias de nação” no período bolsonarista. Neste sentido o que aconteceu foi o desmonte do “Mais Médicos” que contava com médicos

cubanos e médicos brasileiros que não conseguiram permanecer no Programa (BRAVO; PELAEZ, 2020), enfraquecendo, desta forma, a saúde pública brasileira, principalmente a atenção básica no SUS e, especificamente, o programa saúde da família, uns dos principais focos de atuação do “Mais Médicos” no interior do país.

No entanto, este governo sofre com a chegada, no ano de 2020, da pandemia da COVID-19 que colocou em risco a frágil economia nacional e o aumento de números de casos de pessoas infectadas. Neste contexto pandêmico foi necessário o fechamento de lojas, bares e a alteração da vida e do cotidiano como eram nos anos anteriores. Porém, a narrativa do presidente foi o negacionismo sobre a pandemia, chamando-a de “gripezinha” e desqualificando a gestão com as secretarias de saúde estaduais que tentavam ir contra as decisões do governo federal que, em termos analíticos, não tinha um plano de enfrentamento nacional contra a COVID-19, e sim, o fomento da abertura econômica e social.

Com o governo de Jair Bolsonaro, a partir de 2019, se vive a cada dia a crescente pauta do desmonte do Estado e da seguridade social, do avanço do autoritarismo, da fragilização da democracia, da negação da participação da sociedade civil (GORTÁZAR, 2020, *apud* WIESE, 2020, p. 148).

Cabe ressaltar que, mesmo com os ataques feitos ao SUS no governo Bolsonaro, o setor da saúde vem demonstrando resistência apesar da precariedade do sistema sendo de suma importância nesse período de crise sanitária possibilitando o acesso para o tratamento da COVID-19 para a população em geral que na atualidade confia a produção e distribuição de vacinas contra o vírus. Algumas das principais problemáticas enfrentadas pelo sistema de saúde na realidade da pandemia seriam enfermeiros e médicos trabalhando o dobro do tempo incluindo as equipes multiprofissionais como os Assistentes Sociais que, por sua vez, tiveram aumentos significativos nas demandas de trabalho.

3.3 SERVIÇO SOCIAL: TRANSFORMAÇÕES, NOVOS TEMPOS E AMEAÇAS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

O projeto ético-político do Serviço Social nasce na metade da década de 1970, avançando nos anos de 1980 (período que começa a ganhar maturidade), e se consolidou nos anos de 1990. O Serviço Social, “cresceu na busca de uma fundamentação teórica”, chega aos anos de 1990 articulado ao movimento da Reforma Sanitária, com poucas produções colocadas em prática sobre as demandas de saúde esclarece as diferentes requisições que o projeto

privatista e o da reforma sanitária apresentou para o Serviço social nos anos de 1990 (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2004 p. 09):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2004, p. 10).

Para compreender como o Serviço Social buscava conhecimento e estratégias para intervir na saúde, as autoras Bravo; Matos (2004) realizaram análises bibliográficas, baseadas em dissertações de mestrado e tese de doutorado, considerando a conjuntura do período: o aspecto acadêmico, o aspecto político e o trabalho profissional nas instituições. Por conseguinte, observaram que nas quatro obras analisadas os autores identificaram um desafio em comum, sendo: “a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional”, ou seja, “fortalecer o projeto de “intenção de ruptura” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 14).

Nota-se que o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil, está vinculado a um projeto de transformação da sociedade, o mesmo tem como foco principal o reconhecimento da liberdade como valor ético central, conforme aclara Netto (1999 *apud* TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 06):

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 08-09).

Desta forma, Netto (1999), relata sobre os elementos que constituem o projeto ético-político do Serviço Social na base dos elementos constitutivos e os componentes que lhe dão materialidade ganhando visibilidade social por meio: da construção de produção de conhecimentos no interior do Serviço Social; das instâncias político-organizativas da profissão e a dimensão jurídico-política da profissão conforme explicita a seguir:

a) a *produção de conhecimentos no interior do Serviço Social*, através da qual conhecemos a maneira como são sistematizadas as diversas modalidades práticas da

profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele. Esta dimensão investigativa da profissão tem como parâmetro a sintonia com as tendências teórico-críticas do pensamento social já mencionadas. Dessa forma, não cabem no projeto ético-político contemporâneo posturas teóricas conservadoras, presas que estão aos pressupostos filosóficos cujo horizonte é a manutenção da ordem;

b) As *instâncias político-organizativas da profissão*, que envolvem tanto os fóruns de deliberação quanto as entidades da profissão: as associações profissionais, as organizações sindicais e, fundamentalmente, o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social), a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), além do movimento estudantil representado pelo conjunto de CAs e DAs (Centros e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino) e pela ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social). É por meio dos fóruns consultivos e deliberativos dessas entidades que são consagrados coletivamente os traços gerais do projeto profissional, onde são reafirmados (ou não) compromissos e princípios. Assim, subentende-se que o projeto ético-político pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático de construção coletiva, permanentemente em disputa. Essa constatação indica a coexistência de diferentes concepções do pensamento crítico, ou seja, o pluralismo de ideias no seu interior;

c) a *dimensão jurídico política da profissão*, na qual se constitui o arcabouço legal e institucional da profissão, que envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio da profissão. Há nessa dimensão duas esferas distintas, ainda que articuladas, quais sejam: um aparato jurídico-político estritamente profissional e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente. No primeiro caso, temos determinados componentes construídos e legitimados pela categoria, tais como: o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social, documento referendado em sua integralidade pela Assembleia Nacional da ABEPSS em 1996 e aprovado, com substanciais e prejudiciais alterações, pelo MEC. No segundo caso, temos o conjunto de leis (a legislação social) advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, que, embora não exclusivo da profissão, a ela diz respeito tanto pela sua implementação efetiva tocada pelos assistentes sociais em suas diversas áreas de atuação (pense na área da saúde e na LOS – Lei Orgânica da Saúde – ou na assistência social e na LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – ou, ainda, na área da infância e juventude e no ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente), quanto pela participação decisiva que tiveram (e têm) as profissionais na construção e aprovação das leis e no reconhecimento dos direitos na legislação social por parte do Estado em seus três níveis (NETO, 1999, p. 09).

O debate colocado em pauta trata do trabalho do assistente social na saúde, necessitando-se de uma qualificação técnica na área da saúde, por outro lado, o dilema passa a exercer a partir dos estudos na área da saúde outras funções que não caracterizam com as do Assistente Social. É necessário que o Serviço Social articule com as equipes multiprofissionais que defendem o SUS para efetivar o direito à saúde, porém, não esquecendo dos princípios contidos no Código de Ética da profissão (BRAVO; MATOS, 2004).

O Código de Ética do Assistente Social está regulamentado pela Lei 8.662/1993, possui extrema importância para a profissão, pois neste Código que está pautado as diretrizes profissionais. Ele afirma o compromisso com a classe trabalhadora tendo como prioridade o respeito e a garantia à vida. O código de ética possui onze princípios, dentre esses Bravo e Matos (2004), destacaram quatro:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (BRAVO; MATOS, 2004, p. 18).

Em relação à área da saúde, Bravo e Matos (2004) destacam que uma atuação competente e crítica do Serviço social nesse âmbito deve:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 18).

O Serviço Social e o SUS tem em comum a defesa do direito social a saúde que tendo como base os princípios norteadores da profissão contidos no Código de Ética de 1993 apresenta ferramentas necessárias para atuação deste profissional na área da saúde. Para pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao dos direitos conquistados. (CEFESS, 2010, p. 30-31)

É mister lembrarmos da importância do entendimento da “questão social” e suas diferentes expressões sociais desde sua gênese, que passam a ser o principal objeto de atuação, estudo e intervenção profissional, sendo assim, se configura aos diferentes instrumentos ofertados pelo projeto ético político. No entanto, a “crise do capital” coloca os desafios sobre a profissão dependendo das novas formas de exploração sob a Mais-Valia nas estruturas societárias no mundo globalizado.

Santos (2007), pontua que o capitalismo contemporâneo tardio nas sociedades latino-americanas se coloca em estândares próprios durante a implementação e estruturação da assim chamada “cultura da crise”, ou seja, “[...] denota-se assim a tendência do capitalismo contemporâneo de expandir os setores de acumulação como umas das saídas para a crise [...]” (SANTOS, 2007, p. 31), com efeito de gerar desestabilização social para “apagar” da consciência das pessoas à necessidade de mudanças radicais, e sim a saída, a “crise” porque é inexistente outro modo de vida. Então a partir do anterior existem ameaças ao projeto do Serviço Social, tais como a postura epistemológica da teoria social crítica construídas desde a reconceituação e as lutas profissionais para a hegemonia profissional. Desta forma, as estruturas do conservadorismo (ainda presentes na atualidade) criticam o marxismo e “[...] recomendam a superação das ‘lacunas’ e o aumento de sua potencialidade explicativa com os ‘paradigmas pós-modernos’ [...]” (SANTOS, 2007, p. 87). Na verdade, seria a modernidade vestida de pós-modernidade que tenta resgatar os valores conservadores liberais e aprofundá-los com a chegada do neoliberalismo.

Mas a ofensiva do capital não se resume ao neoliberalismo e à pós-modernidade. Ela articula um conjunto de estratégias que foram desencadeadas a partir dos anos 70 e atendem primordialmente aos imperativos de manutenção das taxas de lucros dos monopólios que, por meio de verdadeiras oligarquias financeiras e econômicas, controlam os rumos do modo de produção capitalista (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 14).

Desta forma é necessário compreender as dinâmicas sociais que impactam diretamente na intervenção, formação e exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde que defenda as ideias teórico-ideológicos, pois existe a abertura de discursos explicando a necessidade de superar o marxismo, porque supostamente não acompanha os “novos

pensamentos pós-modernos” que se colocam dentro num mundo ainda mais individualizado economicamente.

Segundo Iamamoto (2009), as intuições financeiras capturam ainda mais o Estado para os interesses capitalista que aprofundam a “questão social” e banalizam a humanidade com programas focalizados e paliativos que acompanham a privatização da política social e o avanço do terceiro setor que colocará novos desafios para apagar definitivamente o projeto ético-político, que historicamente no Serviço Social acompanhava a realidade material da contemporaneidade brasileira, colocando, assim, a necessidade de sua defesa e aprimoramento dentro do exercício profissional.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRINCÍPIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

4.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVE HISTÓRICO

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como alicerce o SUS. Conforme apresentado no capítulo anterior o SUS foi resultado de um processo democrático. Segundo Solha (2014), o Sistema Único de Saúde “está se reestruturando e sua principal porta de entrada é os serviços de Atenção Básica (AB) representados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS)” ou também denominada Atenção Primária à saúde.

A descentralização da saúde foi consagrada a partir da 9ª Conferência Nacional de saúde, anteriormente é sabido que os atendimentos de saúde eram centralizados em um único hospital para atender diversos tipos de demandas, desde casos mais simples até um transplante de órgãos, a população precisava se deslocar do seu bairro e tumultuar no hospital aguardando um atendimento médico. Com a implantação da atenção básica e o Programa Saúde da Família, que visa a descentralização, ou seja, tirando o foco do serviço de saúde do centro redistribuindo as responsabilidades das ações e serviços, essa redistribuição, proporcionou o esvaziamento no hospital, que possibilitou focalizá-los em atendimentos específicos de média a alta complexidade, trabalhando a realidade local.

No início dos anos noventa houve a implantação do médico da família e os Agentes Comunitário de Saúde que, na maioria dos estados antecederam ao Programa Saúde da Família, no qual iremos resgatar brevemente seu conceito histórico no próximo tópico, porém, para tratar de um programa voltado para famílias, faz-se necessário resgatar brevemente

concepção de família. O que a política de saúde e o Serviço Social compreende por conceito/concepção de família?

A fim de entender o conceito de família como instituição perante a sociedade capitalista devemos compreender que recai a importância de entendê-la como uma das expressões da “questão social”, porque é nela que se forma um conjunto de reivindicações por bem-estar, saúde, educação e a própria reprodução da pobreza. Embora para o Brasil a consolidação dos direitos familiares venha no Ano Internacional da Família em 1994, ano em que, segundo Kaloustian (2011), se estabeleceram lutas atreladas às problemáticas que englobam “crianças, mulheres, jovens” em geral, além disso, o tema família sempre estava no plano secundário dos governos brasileiros.

A partir dessa visão começa-se a estabelecer padrões de família que, posteriormente, será entendida como “família tradicional” que, em termos gerais, se inspira na conformação e extensão de membros, além de certa tradição de valores morais (paternalista e patriarcal) que se fundamenta na herança colonizadora com influência vitoriana, a partir da modernização e industrialização do país, segundo coloca Kaloustian (2011). No entanto se deve realizar um apontamento à exclusão social¹¹ de famílias negras e indígenas que não encaixavam no padrão europeu branco e se subjugaram as exigências de limpeza étnica racial, pois, muitos dos problemas sociais (pobreza, falta de acesso à educação) eram atrelados a irregularidade social destas famílias compostas majoritariamente por afro-descendentes e indígenas.

Certamente, as causas do fracasso escolar, por exemplo, não podem ser explicadas pela ‘desestruturação’ ou ‘irregularidade’ da família, ou pela ‘desestruturação’ ou ‘irregularidade’ da família, ou pela desnutrição (duas visões calcadas em causas biológicas, naturalizadas). O referido fracasso tem que ser identificado na incapacidade da política educacional oficial no país de enxergar as diferenças culturais, para então formular estratégias eficazes de educação pública de qualidade (KALOUSTIAN, 2011, p. 27).

Cabe ressaltar que o tema família só vai se tornar evidente no movimento brasileiro, segundo Kaloustian (2011), com a Assembleia Nacional Constituinte. Desta forma se tornou um importante espaço para que os movimentos sociais, como das mulheres, os direitos da criança e adolescente, questão étnico racial, indígenas, trabalhadores em geral tivessem um importante debate político, além da inclusão no texto constitucional das suas variadas reivindicações.

¹¹ Este termo parte da necessidade de compreender que grupos como os afros e indígenas no Brasil, que sofreram a colonização e a escravização foram deixados de lado na tomada decisões e de sua inclusão na Política Social que ainda perdura na contemporaneidade no país.

É interessante notar que nenhuma força importante se apresentou avançando propostas em nome de um movimento de organizações familiares. Na verdade, as conquistas, que mudaram a face da questão familiar na Constituição, foram apresentadas pelos movimentos em favor da mulher e as forças aglutinadas sob a bandeiras da promoção e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes (KALOUSTIAN, 2011, p. 21).

Desta forma, a Constituição Federal de 1988 constrói a definição de Família atual no marco jurídico, “[...] tornando-a mais inclusiva e sem preconceitos; a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres na sociedade conjugal [...]” (KALOUSTIAN, 2011, p. 21) que logo será usada como linha de introdução para a formação da política social.

Embora a CF (1988) trate de fermentar um terreno sobre a definição de família na vida social e, também, da política pública, o conceito de família na saúde carrega ainda a centralidade do modelo conservador que, com a chegada do ESF no cenário nacional, rompe os estigmas sociais dentro da saúde tratando de posicionar a família como protagonista na construção e continuidade no SUS.

Por conseguinte, um exemplo importante é a intervenção dos assistentes sociais que, com a promulgação da Política de Assistência Social, tratará o conceito de família como: “núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (NOB/SUAS, 2005, p. 23). Para Mito (2010) o Serviço Social deve focar na identificação dos problemas surgidos na família e também nas “nova forma de pensar a família e trabalhar a família” (MIOTO, 2010, p. 165).

Além disso, entender as novas configurações familiares, que vão desde casais homoafetivos, famílias compostas por mães, avós, tios e, também, as historicamente excluídas como as negras e indígenas que sofreram o flagelo da exclusão social na política pública do Estado. Desta forma cabe ao assistente social preservar as novas ideias de famílias e realizar a intervenção profissional.

No entanto, no seguinte parágrafo entenderemos como está sendo gestado na política de saúde o conceito de família. Na sequência entenderemos melhor sobre Programa de Saúde Família (PSF) e o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF).

Segundo Costa (2000), as atividades do Serviço Social no campo da saúde recaem na necessária abordagem familiar centralizada a partir da atenção básica que permita entender a família, não só como o conjunto de problemáticas ou crises, mas, também, como geradoras de soluções que em conjunto aos serviços, estruturas e profissionais permitam intervir

nas abordagens constantes fazendo com que as famílias participem dentro das equipes multiprofissionais e o próprio SUS.

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil é uma unidade pública de saúde desenvolvida em nível local, utilizando-se de estruturas do município, financiado pelo Ministério da Saúde (MS) implantado na transição do governo de Itamar Franco, em 1994, para o governo FHC com intenção de reorganizar os serviços de atenção básica de saúde de forma geral e a prática assistencial com base nos princípios do SUS. Além de incluir Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) que se incorpora às Unidades Básicas de Saúde presentes nesses territórios. Assim, as equipes da família aproximam as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, focalizando à população excluída em todo o país, ou seja, objetiva-se especificamente em: ter a família como o centro no atendimento à saúde, prestar assistência de forma humanizada, integral, contínua e de qualidade dando resolutividade às necessidades da população na unidade de saúde e no domicílio.

O objetivo geral do programa é redistribuir o modelo assistencial desde atenção básica, claramente se alinhando aos princípios do SUS, permitindo que as Unidades Básicas de Saúde anunciem uma nova dinâmica de atendimento para a população onde o acompanhamento constante realizado pelas equipes da família permita estabelecer materialidade aos serviços ofertados. Para obter um amplo entendimento do programa segue os objetivos específicos:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; [...]Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; [...] Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. [...] Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. [...] Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde [...] Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida [...] Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL,1997, p. 10).

Com o avanço do Programa e as práticas democráticas, o atendimento passou a ser universal e não mais focado exclusivamente aos pobres que não podiam pagar pelos serviços conforme a autora destaca a escrita de Faleiros (1999): “a focalização sem universalização discrimina, corrói a relação ao direito, passando a considerar o benefício como

ato pessoal destituído da cidadania” (FALEIROS, 1999, p. 161 *apud* HOFFMANN, 2007, p. 39).

O subsistema de atendimento domiciliar está incorporado ao SUS pela Lei 10.424/2002, regulamentado pela Portaria 2.522/2011 que define o serviço de assistência domiciliar como substitutivo e complementar à internação hospitalar. O atendimento domiciliar “é para a população clinicamente estável podendo ficar em casa, mas que demandam cuidados da equipe de saúde” (SOLHA, 2014, p. 18).

Retomando o assunto sobre às ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, estes estão descritos nos princípios da integralidade. Para uma melhor compreensão o quadro III a seguir aponta algumas diferenças entre eles.

Quadro 3 – Diferenças entre promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde

Promoção da saúde	Prevenção de doenças	Recuperação da saúde
Atuação sobre os determinantes sociais de saúde, com foco na melhoria das condições sociais e na redução das desigualdades sociais. A população deve ter participação ativa no processo. A articulação intersetorial é a estratégia de escolha para o planejamento de ações de promoção.	Atuação sobre os fatores de risco a fim de evitar adoecimento, sejam eles biológicos, ambientais, psicossociais. Por exemplo, campanhas com orientação sobre alimentação saudável e importância da atividade física regular. O foco está na atuação dos profissionais e na adoção pelos indivíduos, de hábitos, saudáveis de vida.	Atuação sobre o indivíduo/comunidade doente, visando à melhoria do quadro clínico, com controle/eliminação da doença e evitação de morte/sequelas. Por exemplo, tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Fonte: (SOLHA, 2014, p. 23).

A atenção básica de saúde faz parte dos três níveis da hierarquização, o qual organiza o SUS considerando sua complexidade. A hierarquização tem as características de um triângulo dividido em três partes, começando de baixo para cima a organização dos níveis de atenção à saúde ficou da seguinte forma: 1º Nível – baixa complexidade: Atenção básica de saúde, que é porta de entrada. A equipe deve estar preparada para resolver até 85% dos problemas de saúde da população; 2º Nível – Média complexidade: são as policlínicas/ambulatórios e hospitais em geral, onde se realizam procedimentos especializados e diagnósticos; 3º Nível – Alta complexidade: envolvem a alta tecnologia, equipamentos como ressonância magnética, profissionais extremamente especializados (SOLHA, 2014 p. 33-34).

Para Hoffmann (2007), o programa funcionaria melhor se fosse vinculado na atenção à saúde de média e alta complexidade, porém, a realidade de muitos Estados coloca o usuário em longas filas de espera. Na conjuntura, essas filas de espera ocorrem devido à má gestão nos financiamentos destinados a atenção à saúde.

O financiamento do SUS é previsto pela Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei nº 8.142/90, os recursos são advindos dos impostos pagos de forma direta e indireta que vão para os Estados e/ou Municípios. A partir da emenda Constitucional (EC) 29 promulgada em 2000, determinou um aumento de 5% de investimentos em saúde pela União, os Estados devendo aplicar 12% e os municípios 15%, porém, de acordo com Solha (2014, p. 54) “o fato é que muitos municípios burlam a Lei na hora de listar os gastos públicos”, ou seja, pegam os diversos investimentos e não fazem a distribuição correta e jogam tudo na conta da Saúde.

Para ter uma ideia sobre o financiamento Federal no SUS, no ano de 1994 foram destinados cerca de 60,7%; em 1995 o percentual era 63,8%; em 1996 caiu para 53,7% e no ano 2000 foram destinados 58,3% para os investimentos referentes ao gasto no setor de saúde, segundo Mendes e Marques (2014), além disso na atenção básica o financiamento era de 32% no ano 2000 e teve uma redução, no ano de 2011, de 23%. Desta forma, as equipes de Saúde da Família dependem de um grande financiamento dos municípios, que entre os anos 1996 e 2011 a participação municipal em gastos destinados à saúde se manteve quase igual passando de 27,8% para 28,8%, que totalizava 0,5% desta participação (BRASIL, 2013) em contra partida das variadas arrecadações de impostos recebidas pelos municípios, tais como: “Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Sobre Serviços (ISS), Imposto sobre transmissão de Bens Imóveis (ITBI), mas as transferências constitucionais- como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias (ICMS)” (MENDES; MARQUES, 2014, p. 908-909).

Mendes; Marques (2014) elucida às informações sobre o custeio anual para a atenção básica, que calculavam um PAB (Piso de Atenção Básica) fixo (per capita/ano) entre R\$ 23,00 ou R\$ 28,00. Também um PAB variável:

ESF modalidade I R\$ 10.670,00/mês¹², ESF modalidade II R\$ 7.130,00/mês em relação ao NASF I R\$ 20.000,00/mês e o NAF II R\$ 6.000,00/mês. Em relação ao custeio para a implementação das diferentes equipes de Saúde da Família para aqueles municípios que aderiram será: ESF R\$ 20.000,00; NASF R\$ 20.000,00 e NASF II R\$ 6.000,00¹³ (VASCONCELLOS, 2013 *apud* MENDES; MARQUES, 2014, p. 909-911).

Seguindo o estudo realizado pela Vasconcellos (2013) e relatado pelo Mendes; Marques (2014) os gestores municipais relatam que estes recursos repassados pelo Governo Federal são insuficientes para atender às diferentes demandas das equipes de saúde da

¹² Valor reajustado pela Portaria MS nº 978, de 16 de julho de 2011

¹³ Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008 sob estabelecimento de tabelas de custos

Família, pois são insustentáveis para mantê-los, além de que os municípios devem arcar com 70% da Atenção Básica, dificultando um maior financiamento nesta área.

Após o golpe parlamentar midiático sofrido pela presidenta Dilma, o seu sucessor, presidente Temer, assina a EC nº 95/2016 que delimita os gastos públicos por vinte anos, incluindo áreas essenciais como educação e saúde. Segundo informações extraídas do site de notícias Rede Brasil, no ano de 2021 a saúde sofre o aprofundamento dos cortes de gastos públicos no governo Bolsonaro, que reduziu por pelo menos 35 bilhões o orçamento do SUS. Segundo o texto original aprovado pelo Congresso Nacional, esse corte se baseia em não prevê verbas suficientes para sustentar as contas obrigatórias, tais como salários e aposentadorias, mas os parlamentares mantiveram a ampliação das verbas para programas como farmácia popular.

Sobre a estrutura das Equipes Saúde da Família, a sugestão do Ministério da Saúde era uma estrutura própria, porém, a realidade de alguns municípios foi optar em trabalhar dentro das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que, por sua vez, acaba encontrando dificuldades na resolatividade por se tratar de um programa de atenção primária à saúde.

É importante mencionar que a regionalização determina o território do atendimento. O território, além de ser um espaço geográfico, é o local onde realizamos atividades que fazem parte do nosso dia a dia. Nesse sentido, a demarcação de territórios contribui para a organização dos serviços, através da identificação desses territórios para que as equipes realizem a visita domiciliar com as famílias para cadastrá-las ou fazer o acompanhamento de saúde.

A visita domiciliar é uma das bases de atuação das equipes de Atenção Básica, “nesse processo serão identificadas os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas” (Brasil, 1997, p. 12).

As demandas de saúde não são as mesmas em outros Estados por tanto, é importante pensar na realidade do próprio município, isso também inclui os profissionais da atenção básica, que precisam, necessariamente, morar no território onde trabalham para conhecer/fazer parte da realidade dos usuários.

A equipe básica é composta minimamente por: médico, enfermeiro, técnicos e/ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, que tem um papel importante pelo vínculo com as famílias, e o programa, caso necessário, pode haver mais de uma equipe, a depender da quantidade de famílias inseridas no programa e a territorialidade, conforme demonstrado pelo Ministério de Saúde:

Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997, p. 12).

Na dissertação de Hoffmann (2007, p. 38), é possível notar a expansão do PSF, conforme demonstrado adiante na tabela 1, que no ano de 2001 tinha 51% de municípios com o programa, e em 2004 esse número subiu para 82,2%. A expansão, bem como a contratação de outros profissionais que não fazem parte da equipe básica, como o assistente social, entre outros profissionais, essa contratação depende do gestor do município, pois, o subsídio advindo do MS contempla apenas a equipe básica. Segundo, Silva (s/d, p. 3), atualmente também fazem parte da equipe os dentistas e auxiliares de odontologia, e em alguns municípios, já contam com outros profissionais como assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

A equipe de apoio matricial também dá suporte técnico às equipes básicas pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que é composta por assistentes sociais, fonoaudiólogos, psiquiatras entre outros.

Tabela 1- Número de equipes de Saúde da Família implantadas e oferta de vagas em residências multiprofissionais, em MFC, e em cursos de especialização em Saúde da Família, Brasil 1998 a 2009

Ano	Nº de ESF Implantadas	Residências MFC	Especialização	Residência Multiprofissional
1998	3.062			
1999	4.114			
2000	8.503			
2001	13.155			
2002	16.698	193	860	
2003	19.068	224	860	
2004	21.232	249	680	
2005	24.564	345	680	
2006	26.729	547	920	
2007	27.324	585	1.040	241
2008	29.300	558	5.200	582
2009	30.300	584	17.200	710

Fonte: (DAB, 2010; CNRM, 2010; DEGES, 2010 *apud* BRASIL, 2010).

Este quadro demonstra a evolução do programa, mesmo com equipes de profissionais reduzidas, pois essa limitação de equipe acaba comprometendo a

interdisciplinaridade devido à desvalorização dos outros profissionais na resolutividade dos serviços. A equipe básica, mesmo “capacitada/treinada”, não conseguiria atender questões específicas que poderiam surgir, visto que são indispensáveis profissionais de outras áreas do saber para atender às demandas sociais, conforme aponta TEIXEIRA; NUNES, (2004 *apud* HOFFMANN, 2007, p. 38).

Em 2006, no governo de Lula, o Programa Saúde da Família mudou a nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o objetivo do programa é prestar um atendimento contínuo e o termo programa caracteriza algo com início, meio e fim, além de que para manter um programa precisa de recursos maiores, convertendo-se em insustentáveis para mantê-lo vigente nos próximos governos. Neste mesmo período aconteceu o Pacto pela Saúde, que trata de um conjunto de reformas institucionais focalizadas nos resultados, divididas em três dimensões: Pacto de vida; Pacto de defesa do SUS; e o Pacto de Gestão, que visa melhorar a estrutura do sistema, ressaltando a importância da participação da população nas discussões, porém, as pesquisas apontam que o SUS atende mais de 90% dos brasileiros e 50% da população não sabe o significado da sigla SUS, apesar de 80% avaliarem como bom ou ótimo (SOLHA, 2014, p. 31).

Segundo Menicucci (2011), a EC nº 29/2000, se coloca como prioridade a partir do pacto em defesa do SUS, o que significou na fixação de percentuais mínimos que deverão ser investidos anualmente em saúde pela União, Estados e Municípios, mas ao mesmo tempo, se vivia no ano de 2008 uma crise financeira internacional que trouxe restrições orçamentárias. Desta forma, o autor evidencia que a postura econômica apontada pelo governo Lula trazia uma contenção de gastos, pois o fluxo de recursos *per capita* em saúde dobrou entre 2001 e 2008, passando de R\$ 130,37 para R\$ 256,58 que, em termos de PIB (Produto Interno Bruto), o gasto público em saúde gerava em torno de 3,67% que para os economistas financeiros significava uma proposta insustentável, mas a população se beneficiou com o acesso ainda maior aos programas e estruturas físicas do SUS.

Ainda em 2008 promulga-se pelo Ministério de Saúde a Portaria Nº 154/2008, criando o NASF para apoiar à Estratégia Saúde da Família no interior da Atenção Básica (AB). O NASF possui equipe de diversas áreas. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde atualmente conta com três modalidades de atuação nas equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para atender populações específicas, como consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, no sentido de promover melhorias e aumentar a resolutividade e a qualidade dos serviços ficando subdivididos da seguinte forma: Modalidade I – compõe no mínimo cinco e no máximo nove equipes de Saúde da Família, a carga horária total da equipe

deve ser no mínimo 200 horas, a Modalidade II – a equipe mínima é de três profissionais e no máximo quatro, nessas equipes a carga horária deve ser no mínimo 120 horas; na modalidade III – a composição é menor, sendo, no mínimo uma equipe e no máximo duas equipes e a carga horária mínima totalizando 80 horas/semanais. Vale ressaltar que em todas as modalidades cada profissional deverá contabilizar no mínimo 20 horas/semanais e no máximo 40/horas semanais (BRASIL, 2021).

O objetivo do NASF é “ampliar a abrangência e o escopo da atenção básica” que entende a estrutura da saúde a partir da integralidade, universalidade, territorialidade como eixos centrais para a oferta de serviços de saúde através do apoio matricial; clínica ampliada; projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território. Segue três diretrizes importantes para o NASF que visam de compreender melhor as determinações do núcleo.

a) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p. 16).

Cabe ressaltar a importância dos processos de trabalho desenvolvidos pelo NASF que estabelece, o assim chamado, apoio matricial (matriciamento) que, em síntese, significa “[...] um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13 *apud* MARTINI, 2017, p. 98). Assim, este modelo traz uma abordagem de desconstrução das práticas individualizadas das equipes profissionais que centralizam as informações levando, assim, a tratar de forma multiprofissional e interprofissional as intervenções horizontais com os usuários do serviço.

Na verdade, estas novas formas de abordagens na saúde respondem às ações contra o modelo antigo que valoriza o trabalho do médico “[...] que como nenhuma outra profissão no mundo ocidental é valorizada” (MACHADO, 1997 *apud* SUMIDA, 2015), a partir da divisão social do trabalho historicamente traz como modo de alienação a separação das funções materiais em detrimento de outras, segundo Netto; Braz (2011) auxilia para a produção do excedente econômico que com a ideia de produtividade reparte as responsabilidades, chamando-se de divisão sexual entre homens e mulheres que designaram funções específicas para estes grupos e, no Brasil pós-colonial, as diferenças de raça no trabalho. Desta forma, profissões como o Serviço Social, Psicologia, Fisioterapeuta e Enfermagem que por serem cargos majoritariamente ocupados por mulheres, marcaram a tradição diferenciadora dentro da

saúde colocando uma hierarquia que com o NASF e ESF vem compreender que para existir uma saúde de qualidade deve-se romper com a ideia vertical das ações profissionais e se voltar na horizontalidade entre serviços, práticas e usuários.

O Serviço Social, após a implantação do SUS, obteve uma expansão nas áreas de atuação, inclusive o da promoção à saúde. Em suma, o Serviço Social não compõe a equipe básica da ESF, mas, de acordo com as demandas, realiza ações de atendimento direto aos usuários e ações educativas que viabilizam o acesso aos serviços, possibilitando um trabalho mais efetivo e garantindo os direitos das famílias, por possuir uma reflexão crítica e interventiva, diferenciando-se dos demais profissionais. Para Iamamoto (2009) a intervenção do Serviço Social deve estar comprometida em ter um trabalho com “qualidade, prestando atenção para as modificações que ocorrem na sociedade, buscando repensar e recriar formas de atendimento voltadas para a defesa da universalidade, pautando a sua atuação no seu projeto ético político e no interesse da população e das famílias” (IAMAMOTO, 2009, p. 20). Assim, no próximo capítulo, iremos apresentar sobre as contribuições dos assistentes sociais nas equipes de Saúde da família.

4.2 PRINCÍPIOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Iamamoto (2005, p. 22), “[...] o Serviço Social é uma especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade [...]” que, com o enfrentamento das expressões da “questão social” na sociedade do capital, permite a necessidade de atuação a partir da evolução das práticas profissionais.

Seguindo este viés, esse profissional vende sua força de trabalho que se concretiza no assalariamento pelo trabalho imaterial que o coloca como profissão liberal, mas também a análise que, ao não produzir diretamente a riqueza pelo trabalho produtivo destinado socialmente, considerando que o trabalho excedente é aumentado pela duração da jornada de trabalho, sem mudanças nos salários, desta forma a produção do excedente, segundo Netto (2011), se destina como produção da “mais-valia absoluta” e intercala com as novas formas de produção de trabalho nas inovações tecnológicas para o aumento do excedente em ampliação da jornada chamando-a de “mais-valia relativa” que, na atualidade, se coloca como predominante na obtenção da riqueza pelo capital ocorrendo, assim, a “pauperização relativa

dos trabalhadores” e profissões como o Serviço Social, se reflete indiretamente na produção da mais-valia relativa.

A atuação profissional na política de saúde na contemporaneidade inicia por volta de 1980, período em que acontece o processo de redemocratização e dois projetos políticos são construído (o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária), mas o trabalho do Assistente Social só vai ganhar maturidade a partir dos anos noventa necessitando sua articulação com os demais profissionais da saúde que defendem o SUS para atuar na luta e defesa do projeto da reforma Sanitária, “que tem uma relação direta com o projeto dos Assistentes Sociais” (CEFESS, 2010, p. 29), norteada através do Projeto Ético-Político consolidado através do Código de ética e da Lei de Regulamentação da profissão que compreende os anos de 1993-1996; a Política de saúde pautados na Lei Nº 8.080/90 e ainda contam com a Resolução Nº 383/1999 que caracteriza os assistentes sociais como profissionais da saúde.

A realidade do Serviço Social na área da saúde “[...] envolve a intervenção social, incluindo estudos sobre as diferentes formas de participação social, estudo das condições familiares, de história de vida, levantamentos e promoção de recursos comunitários expressando através da interlocução social [...]” (LOPES, 1981, *apud* BRAVO, 2011, p. 152). No referente ao NASF, a prática profissional do Serviço Social começa a se institucionalizar com base na portaria Nº 154/2008, que coloca as ações do Serviço Social em ação à promoção da cidadania e “[...] produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 01). Nesse sentido, a legislação dispõe de instrumentos administrativos para intervenção profissional, consolidando a contextualização do cenário brasileiro sobre as desigualdades sociais e, especificamente, na desinformação dos direitos à saúde, onde os assistentes sociais têm o dever nas ações socioeducativas de promover câmbios no campo dos atendimentos aos orientando os usuários sobre o acesso e sua participação no SUS. A legislação dispõe também o detalhamento das ações, sendo:

[...] no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia. Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde

da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 01).

Apontamos o detalhamento em específico no âmbito do Serviço Social que serve como apoio para as práticas de intervenção profissional, destacando a capacitação das equipes de família, a multidisciplinaridade, e educação permanente, além de incentivar a participação social dentro dos conselhos de saúde.

Cabe destacar a importância da Reforma Sanitária e o Serviço Social, pois nela se reafirmaram desejos de mudanças societárias sobre o conceito de saúde na qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como *“um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença e enfermidade”* e o SUS determina a saúde como direito que, para chegar nessas condições, vai trabalhar os determinantes e condicionantes para o cumprimento dessas. É fundamental a rede de apoio para garantir os cuidados determinados pela OMS no art. 3º da lei 8.080/ sendo de suma importância a articulação entre o assistente social e as equipes de Atenção Básica, pois nenhum trabalho é individual, sempre é coletivo.

Essa compreensão da promoção da saúde como conceito ampliado de saúde exige a adoção dos determinantes sociais da saúde. Assim, as condições sociais que favorecem o bem-estar e a doença devem ser compreendidas a partir de uma multiplicidade de determinações, expressas, especialmente, pelas condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social (SANTOS, 2010, p. 137).

Partindo dessa premissa, as condições sociais vão determinar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, e para minimizá-las é necessário conhecer o espaço social, mas com a capacidade de entender as desigualdades sociais atreladas à promoção do bem-estar dos indivíduos, que passa ser um eixo importante para o SUS como modelo de saúde.

Desta forma, para compreender melhor essa situação de acesso, continuamos a análise feita por Santos (2010) durante a pesquisa de campo realizada no município de Ponta Grossa, no Estado do Paraná, como parte da sua dissertação de mestrado com o seguinte título: *A ação profissional do Assistente Social e suas contribuições para a construção da integralidade da família no município de Ponta Grossa – Paraná*. Esta dissertação permite uma abordagem interessante na visão da "Estratégia Saúde da Família". Deste modo, a pesquisa se estrutura a partir das práticas de saúde adotadas pelos profissionais, assim como os conceitos de saúde. A autora diz que vários profissionais, entre eles os assistentes sociais, entendem que se procura à busca da proteção e promoção da saúde diminuindo os fatores de risco nos serviços de saúde.

Segundo Santos (2010), a aproximação do Serviço Social para as diferentes divisões do SUS trouxeram a intervenção reforçada na Atenção Básica, com o intuito de minimizar as desigualdades sociais no acesso à saúde que, mesmo com avanços societários, ainda era restrito o direito sanitário para os usuários. Assim, entende-se que existe a superação do antigo modelo que, segundo Santos (2010), era baseado na "assistência a doenças individualizadas, além do centralismo das especialidades médicas" o que permitia a procura constante de serviços de saúde cujo princípio era sistematizar o tratamento da doença sem prevenção da mesma.

Sendo assim, os processos de trabalho realizados pelos assistentes sociais se estruturam desde uma linha de reprodução inicial, segundo Santos (2010), que permeia a "territorialização dos usuários" focalizando na preservação do próprio ambiente de saúde nesse território, compreendendo que existe o "esquema saúde-doença" que se caracteriza como processo social que se constitui:

pelas ações com o homem e a natureza através do meio ambiente; do território, bem como da relação com os outros mediante o trabalho; as relações sociais; culturais e políticas, num determinado espaço geográfico, num determinado tempo histórico [...].
(SANTOS, 2010, p. 19)

Desta forma permitirá a intervenção multiprofissional como parte da educação permanente vinculada aos assistentes sociais com o compromisso e corresponsabilidade com a população na organização dos serviços de saúde; participação popular e relações institucionais/comunidade entre as equipes da família integrando as diretrizes estabelecidas pela estratégia Saúde da Família e o NASF.

Para Costa (2000) o assistente social organiza suas atividades profissionais na área da saúde a partir de quatro campos ou eixos de inserção: a) ações de caráter emergencial assistencial, expressas na agilização de internamentos, exames e consultas, obtenção de transporte, medicamentos órteses, próteses, etc., por exemplo, que se constituem emergências sociais na medida em que "interferem no processo saúde-doença e no acesso aos serviços de saúde, geralmente intrinsecamente relacionadas às precárias condições de vida da população ao déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas" (COSTA, 2000, p. 45); b) educação, informação e comunicação em saúde, cujas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas ao usuário família e à coletividade, com vistas a esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas; c) planejamento e assessoria, que consistem na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS e cuja finalidade é qualificar os recursos humanos na esfera operacional das unidades e

envolvem a instrumentalização de equipes para atender às novas exigências do modelo de gestão e financiamento dos sistemas de saúde; e por fim, d) mobilização e participação social, cujas atividades estão voltadas para a mobilização da comunidade. Essas atividades consistem basicamente em ações educativas, voltadas para a sensibilização, articulação e mobilização da comunidade no sentido de explicar e convocar usuários e trabalhadores do SUS a participarem dos processos de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde (COSTA, 2000, p. 46). Constituindo-se, assim, em atividades de cunho político-organizativo e socioeducativo.

Note-se que para realizar as exigências colocadas pelas novas estruturas de saúde, é necessário que o profissional em Serviço Social realize planejamentos das atividades que, por sua vez, se aprimorem com os elementos históricos-metodológicos e ainda especificamente no instrumental técnico-operativo que permite a materialidade da intervenção profissional. Nesse viés é necessário resgatar o projeto ético-político hegemônico para a profissão que em termos de avanço do conservadorismo precisa das releituras das dimensões éticas pelas quais o Serviço Social gera seu impacto na sociedade civil.

Desta forma para compreender as atribuições básicas das equipes de saúde da família e o Serviço Social é possível comparar no quadro IV elaborado por Cruz (2018) que permite dimensionar vários pontos específicos com suas características:

Quadro 4- Comparativo das atribuições da equipe Saúde da Família e do Serviço Social

Atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família	Atuação do Serviço Social na Política de Saúde
Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta.	Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença.
Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas.	Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades.
Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam.	Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas.

Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso.	Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária.
Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida.	Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.
Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária.	Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.
Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.	Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.
	Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.

Fonte: (CRUZ, 2018, p. 15).

Conforme apresentado no quadro, é possível destacar que as atribuições do Serviço Social e das equipes de Saúde da Família em relação ao conhecimento da realidade das famílias que se correlacionam nas condições de vida na qual o assistente social tem a ver diretamente com os determinantes de saúde no processo saúde-doença, além, de identificar os problemas de saúde que promovem a intersetorialidade, multiprofissionalidade com os diversos setores que envolvem os diferentes territórios, criando um diálogo em conjunto que promova a discussão da cidadania que encaixem perfeitamente nos ideais do Serviço Social na elaboração de projetos de educação permanente, além, da assessoria técnica que, com o arcabouço teórico-metodológico da profissão, permite estimular espaços de investigação e aperfeiçoamento das intervenções sociais, por último, as equipes de Saúde da Família e o Serviço Social expressam a definição clara da formação e participação ativa nos Conselhos Municipais de Saúde, em que os assistentes sociais efetivam a assessoria aos movimentos sociais democratizando as políticas públicas entre o Estado e a comunidade, além da inserção no movimento trabalhista e de usuários na consolidação efetiva do SUS.

No que tange ao trabalho do assistente social na política de saúde, este contribui profissionalmente através de sua atuação e competências, reafirmando seu Projeto

Ético Político e princípios pautados no Código de Ética da Profissão. Os quatro grandes eixos de sua inserção, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), são: "atendimentos; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional", as demandas em sua totalidade vão desde a abordagem, estudo social, visita domiciliar e institucional, aperfeiçoamentos, até a gestão.

As condições de trabalho dos assistentes sociais no sistema de saúde advêm das contradições das políticas sociais que se baseiam na limitação e pouca ampliação das atividades técnicas e qualificadas. Isto é, a precarização dos processos de trabalho na qual são impostas resistências aos protocolos institucionais de trabalho que repercutem diretamente nas práticas profissionais, na desqualificação do atendimento à saúde, caracterizando-os como profissionais que "fazem de tudo" e em outro momento "não fazem nada", pois as demandas das expressões da "questão social" não dão conta devido aos recursos profissionais e institucionais limitantes (MENESES, 2010).

Segundo Vidal (2008, p. 134) há uma falta de acesso às variadas portas de entrada no SUS, pois a continuidade no tratamento que engloba o retorno de consultas e exames, na maioria das vezes, acaba sendo uma demanda reprimida que não permite o acompanhamento qualificado aos usuários. Neste sentido, referem-se especificamente à demanda explícita pelos usuários "[...] a procura espontânea destes por uma ação ou serviço de saúde, o que não inclui as necessidades de saúde relacionada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, agravos e riscos, quase nunca colocada de forma explícita pelos mesmos [...]", ou seja, contrariam os princípios do nível de atenção do SUS que definem o esquema doença-tratamento que se caracterizam pela prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que acabam gerando no usuário a dificuldade em tratar a sua demanda.

Ainda assim, existe por parte dos usuários a desinformação de quais centros de atenção médica deverão procurar atendimento, pois, ao ter uma rede de Atenção Básica deficiente, existe uma sobrecarga nos Hospitais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na procura da resolutividade da doença. É nessa ação cotidiana que os assistentes sociais têm o papel importante na integralidade das ações em saúde na Atenção Básica, especificamente nas equipes de Saúde da Família, porque preconiza os diferentes níveis de atendimento, permitindo a interdisciplinaridade que, com a chegada da hegemonia neoliberal, se impõe à redução dos quadros profissionais e trabalhando na focalização de serviços paliativos no contexto de negação dos direitos sociais.

A pesquisa de Santos (2010) demonstra a necessidade da construção da estratégia Saúde da Família na qual permite a materialidade das lutas sanitárias no país, que vem no viés hegemônico da teoria marxista dentro do Serviço Social o trabalho multidisciplinar, assim como a participação popular que fortalecem as redes de comunicação para um amplo conceito de saúde que vai além do biológico realizado pelos médicos sobre o estágio de desenvolvimento da doença, mas também atrelada na sua historicidade durante a intervenção profissional de assistentes sociais que provêm a assistência inclusiva, igualitária e universal aos usuários do SUS.

Embora a importância tenha sido esclarecida anteriormente, iremos fazer um comparativo entre as regiões Sul e Nordeste, utilizando de dissertações de mestrado na área de Serviço Social, analisando as diferentes abordagens nas equipes de Saúde da Família, que entendem os variados fatores de exigência da eSF e do NASF, tendo em vista que sua inclusão municipal pode atrelar diferenças para a intervenção dos assistentes sociais, assim como a equipe multidisciplinar.

Neste sentido, abordaremos a dissertação de mestrado realizada por Carneiro (2019) no município de Natal, localizado no Estado do Rio Grande do Norte (RN), na região nordeste do país, intitulada: O trabalho do Assistente Social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: um estudo a partir do município de Natal/RN. A referida pesquisa demonstra que os assistentes sociais atuam no NASF desde sua implantação na cidade que delimita a pesquisa no período entre os anos de 2011 até 2017, na ocasião era gestada pelo prefeito Carlos Eduardo Alves vinculado ao Partido Democrático Trabalhista (PDT) usufruindo da reeleição até 2016. O município conta com 03 NASF, sendo apenas duas assistentes sociais (servidoras públicas) que atuam compondo a equipe, a terceira, atua em nível de gestão das equipes.

Por conseguinte, na região Sul do país, no município de Florianópolis, Estado de Santa Catarina (SC), encontra-se a dissertação de mestrado realizada por Martini (2017), intitulada: A intervenção do Assistente Social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis, na qual relata que o PSF iniciou sua implantação em 1996 com seis equipes em quatro áreas diferentes delimitando a pesquisa desde a implementação até o ano de 2017.

Especificamente no município de Florianópolis no ano de 2007, através da portaria Nº 283/2007 adere ao Pacto pela Saúde, o qual resultou na adesão ao NASF. No ano de 2016, sob a gestão de Cezar Sousa Jr como prefeito, vinculado ao Partido Social Democrático (PSD), o número de assistentes sociais que compõe a equipe da eSF totalizou oito servidores com 20hs de trabalho semanal, dos quais, apenas cinco atuavam no NASF, sendo

que a realidade do município se situava em que no mínimo dois assistentes sociais estavam cadastrados em mais de um NASF, ou seja, em algumas das 23 eSF estavam em desproporção com as outras equipes de Saúde da Família, que contabilizavam por volta de 141 no total, precarizando e sobrecarregando os profissionais em diferentes territórios e populações, respondendo à fragilização do SUS em relação aos usuários e trazendo um redimensionamento nas práticas de intervenção na prestação de serviço de saúde.

Segundo Martini (2017), no ano de 2007, com a chegada da Política de Atenção Primária em Saúde, o município de Florianópolis tenta organizar o funcionamento dos serviços profissionais e do setor administrativo que compõem as equipes. Posteriormente, no ano de 2014, foi publicada a Carteira de Serviços que basicamente é a gestão e organização somente dos profissionais e suas equipes para o exercício profissional nas diferentes unidades de saúde. No entanto, a normativa realocou os assistentes sociais ao NASF, que atendia principalmente “as demandas individuais e familiares”, deixando de lado o trabalho “na comunidade e no território que deveriam estar voltados para mobilização, participação social, e atuação nos conselhos de saúde [...]” (MARTINI, 2017, p. 134). Sendo resultado da sobrecarga e o atendimento burocrático para tratar às questões atribuídas para o trabalho dos assistentes sociais na eSF e NASF, produto da limitação imposta pela Carteira de Serviços na Atenção Básica do município.

Em Natal/RN, o assistente social é considerado um “especialista apoiador”, atendendo questões que vão além de caso clínico que rebatem nas condições de vida e de saúde dos usuários, como relata Carneiro (2019), e as principais demandas no período em que foi realizada a pesquisa envolvem a população idosa e a saúde mental. Colocando, assim, os processos de colaboração e cooperação das equipes de Saúde da Família como limitantes para o aprofundamento das problemáticas nos territórios deixando o matriciamento das equipes no campo ideal da política, mas que, na prática, não chega a consolidar-se.

Nota-se que existem diferenças na adesão ao programa nos diferentes municípios referenciados pela temporalidade, ambos apresentam uma equipe reduzida, considerando a territorialização e a porcentagem de população, em algumas unidades apresentam falta da equipe multiprofissional.

No ano de 2018, segundo Carneiro (2019), a nomenclatura do NASF foi modificada para Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), pois anteriormente passava a ideia de trabalhar apenas com a eSF, quando na verdade o NASF apoia várias outras equipes que contempla a Atenção Básica, demonstrando assim, uma ineficiência do Estado e dos governantes em entender e compreender a real essência do

acompanhamento desde o início como Programa Saúde da Família, passando a ser Estratégia Saúde da Família, transferindo a responsabilidade para o NASF e na atual conjuntura renomeado para NASF AB, sem ainda se quer cumprir as diretrizes desde a implementação do programa deixando os serviços básicos ainda mais limitados.

Desta forma a categoria profissional enfrenta a pressão da ética perpassada pelo individualismo e insegurança, além da constante competitividade em alcançar os objetivos nos espaços ocupacionais, segundo Meneses (2010). Isto ocasiona em problemas como depressão e patologias próprias dos trabalhadores na área da saúde, que coloca a insatisfação com a continuidade do trabalho inacabado e com a sobrecarga estes profissionais são empurrados a executar trabalhos burocráticos, deixando a interação nos territórios com as famílias nula durante a atuação cotidiana dos assistentes sociais como eixo principal para a consolidação da multidisciplinaridade das equipes de saúde da família, além de não conseguir o pertencimento nos territórios para a sociabilidade com os serviços de saúde. Além disso, os usuários ficam submetidos a um sistema fragilizado, com profissionais cansados fisicamente, com pouco investimento e a falta de ampliação dos serviços de saúde que constantemente colocam tentativas aos usuários de migrarem para aos planos privados de saúde.

Cabe destacar que a maioria dos profissionais, segundo Martini (2017), atuantes na estratégia e nos NASF são residentes do programa Residências em Medicina de Família e Comunidade, além dos participantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertados pela Universidade Estadual de Santa Catarina (UESC) e a Secretaria de Saúde de Florianópolis, na qual os assistentes sociais se consideram como parte das equipes profissionais considerando-se, assim, uma forma de trabalho terceirizado, refletida na política de corte neoliberal atrelado a não-formalização dos vínculos empregatícios e a não garantia dos direitos trabalhistas como servidores públicos concursados, o que dificulta ainda mais as condições laborais na execução da eSF e o NASF. Desta forma, permitindo a abertura do discurso conservador na contemporaneidade que, reforçada pela lógica do capital, altera a atuação profissional dos assistentes sociais como meros executores das atividades impostas pelos gestores da política social, diminuindo ainda mais a autonomia da profissão, limitado as ações focalizadas e atendimentos desqualificados para as famílias, gerando insatisfação nos serviços ofertados pelo sistema público e a desqualificação dos assistentes sociais nas equipes de saúde da família por parte dos usuários e outros profissionais da área da saúde (MENESES, 2010).

Levando em conta o que foi mencionado nesses estudos, é possível notar os avanços e retrocessos na Política de Saúde. De um lado, a ampliação do acesso através da

conquista do SUS, e do outro, a escassez no investimento à saúde nos diferentes governos, sendo a política que mais sofre com os cortes de recursos.

Neste sentido, considerando a atual conjuntura, a pandemia mundial decorrente da COVID-19 agravou a crise financeira em diversos países levando a demissão em massa de profissionais de diversas áreas, inclusive a diminuição do número de equipes de Saúde da Família, além da falta de insumos e equipamentos de proteção individual, ficando evidente a terceirização dos serviços. Além de se analisar que os assistentes sociais na atualidade estão na linha de frente na ação de combate da Covid-19 que segundo Wiese (2020), com base em dados do CEFSS, hoje são mais de 188 mil assistentes sociais na totalidade atuando no país neste momento, no qual coloca a profissão exposta aos rebatimentos conservadores em uma mistura de filantropia e um sistema de saúde precarizado pela diminuição orçamentária da profissão, que na atualidade reafirma a importância de ter um sistema de saúde público, universal e igualitário.

A importância dos assistentes sociais nas equipes de Saúde da Família se consolida no entendimento do conceito de família que deve se estruturar com base na igualdade, equidade e respeito das diferentes formas de sociabilidade, que mesmo com os avanços no entendimento da política social sobre a família, esta ainda corre o risco de se tornar uma figura de opressão, reprodução e consolidação de um modelo conservador que avança na mão do projeto neoliberal que colocou dificuldades de acesso, além, da superação de esquema hierárquicos que colocavam o sistema de saúde atual como um sistema inclusivo e contra reformistas. Segundo Azeredo e Santos (2021), os desafios para os assistentes sociais neste cenário de pandemia estão em dar respostas a essas famílias, pois as ações destes profissionais estão limitadas pelas atribuições específicas do Serviço Social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde no Brasil perpassa por todo um processo histórico de avanços e retrocessos que, com as lutas da população na exigência de melhoria na qualidade de vida, coloca aos governos em trânsito desafios que muitas vezes não são desenvolvidos durante seu período político deixando as responsabilidades para as outras gestões, demonstrando a pouca inclusão de ideias de um sistema de saúde bem-sucedidos com resultados concretos para o cidadão.

É assim que a família entra no cenário mundial como instituição que se atribuem vários valores morais na antiguidade e logo no percorrer do tempo avança em

conceitos das determinações sociais que em termos de política social se coloca como um todo delimitador, seja ele nas expressões da “questão social”, seja no acesso à saúde.

Neste sentido, o avanço de uma burguesia nacional dependente das elites dos países centrais faz com que a estrutura estatal defenda os direitos de uma camada de poder em detrimento de outra. Assim, políticas como PSF, eSF e o NASF sofrem a diminuição do quadro de equipes de profissionais na Atenção Básica, pois entram na lógica da prática limitante para as abordagens dos programas focalizados que atendem uma população específica, com uma temporalidade, dando resolutividade paliativas no cuidado à saúde que, muitas vezes, nem refletem o que está disposto nas legislações vigentes.

Desta forma, com investimentos quase inexistentes, um dos desafios para os municípios e estados estão pautados na ótica de trabalhar com uma equipe mínima, priorizando o médico, não garantindo o princípio da multidisciplinaridade dos PSF, eSF e NASF, em consequência, os municípios acabam sendo responsáveis por arcar com as despesas da média e alta complexidade, ficando evidente a necessidade da participação integral do governo Federal na Atenção Básica em termos de financiamentos, como a contratação das equipes multiprofissionais; infraestruturas físicas e serviços diversificados na competência institucional da União para efetivação da qualidade das equipes de Saúde da Família.

Embora os assistentes sociais estejam inseridos na divisão social e técnica do trabalho, estes constroem ações específicas na área da saúde em concordância com as equipes de saúde da família que vão desde o aprimoramento na elaboração de projetos que consolidam na educação permanente do SUS trazendo a democratização do acesso à saúde principalmente aos usuários permitindo criar espaço de multiprofissionalidade com os diversos setores que envolvem os diferentes territórios, criando um diálogo em conjunto que promovem a discussão da cidadania que encaixam perfeitamente nos ideais do Serviço Social, além da assessoria técnica que, com o arcabouço teórico-metodológico da profissão, permitem estimular espaços de investigação e aperfeiçoamento das intervenções sociais, por último, as equipes Saúde da Família e o Serviço Social expressam a definição clara da formação e participação ativa nos Conselhos Municipais de Saúde, na qual os assistentes sociais efetivam a assessoria aos movimentos sociais democratizando as políticas públicas entre o Estado e a comunidade, além da inserção no movimento trabalhista e de usuários na consolidação efetiva do SUS.

Na atual conjuntura da COVID-19, a intervenção dos profissionais como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outras áreas do saber, é de suma importância sua inclusão obrigatória no quadro das equipes mínimas de saúde nos diferentes setores, sendo de baixa, média e alta complexidade, pois estes refletem um olhar diferenciado

no tratamento, no cuidado e acompanhamento das doenças nos territórios, na qual as famílias reproduzem sua vida social.

Apesar de que o conservadorismo e as práticas neoliberais estejam se colocando com premissas alienadoras para as populações mais vulneráveis, os modelos privados de saúde que copiam a essência genérica dos programas de Saúde da Família começam a implementar todas as diretrizes e os objetivos, mas sendo aplicadas dentro do modelo privado dos planos de saúde, que estão sendo desenvolvidos dentro dos territórios daqueles que assim chamamos de “clientes” e que tem a possibilidade de pagar por estes planos de saúde. Em síntese, isso demonstra a desconfiança no sistema público de saúde por parte dos próprios usuários, com a inclusão de velhas práticas adotadas durante toda a historicidade brasileira, sendo um dos desafios do atual governo neoliberal e fascista a tendência à terceirização tornando benéfico para os sistemas de atendimento à saúde privada.

É claro que o SUS resiste aos ataques desde a sua conformação e consolidação, pois já vinha sofrendo o desmonte estrutural, os Assistentes Sociais reafirmam o compromisso profissional delimitado no projeto ético-político na busca da promoção, educação e participação social da comunidade, além do pertencimento do seu território institucionalizando às práticas técnico-operativas e de cunho metodológico, incluindo as variadas lutas laborais gestadas pelas outras profissões na área da saúde que deverão ser inclusas nos pactos políticos da profissão.

No entanto, a pandemia da Covid-19 trouxe um protagonismo importante para o SUS, pois, colocou a necessidade da população em geral, incluindo as famílias portadoras dos planos de saúde que optaram nessa conjuntura a utilizar os Serviços públicos de saúde, pelo fato que o SUS é a referência no combate ao vírus nos atendimentos às demandas sanitárias do país, repercutindo drasticamente nas demandas diárias dos assistentes sociais nesse período, articulando com os médicos e as equipes multiprofissionais para dar respostas a essas demandas apresentadas pelas famílias, reafirmando seu espaço profissional, além das intervenções socioeducativas fazendo os encaminhamentos necessários para a garantia dos direitos. Além disso, a capacidade de pesquisa das universidades públicas permitiu demonstrar a necessidade de investimentos redobrados para as diferentes áreas da saúde como forma de prevenção, tratamento e abordagem da doença.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Alecsonia Pereira et al (org.). **Políticas de Ajuste Neoliberal e Reflexões Acerca da Seguridade Social no Brasil**. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, p. 1-9. ago. 2009. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/politicas-de-ajuste-neoliberal-e-reflexoes-acerca-da-seguridade-social-no-brasil.pdf> Acesso em: 14 out. 2021.
- AVELAR, Paulo Ricardo de. **Surgimento da Saúde no Brasil e Epidemiologia**. 22-23 de oct de 2013. 20 p. Notas de Aula. Aula 7, Faculdade de Economia, Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-7-Surgimento-da-Sa%3%bade-no-Brasil-e-Epidemiologia.pdf> Acesso em: 28 mai. 2021.
- AZEREDO, Tatiana Marli; SANTOS, Samila Alayni Damacena. **Relato: Desafios do Assistente Social com o SARS-COV2**. Foz Do Iguaçu- PR, 2021. (Não Publicado)
- BADINELLI, Isaac Facchini. **Saúde e Doença no Brasil Colonial: Práticas de cura e uso de plantas medicinais no Tratado Erário Mineral de Luís Gomes Ferreira (1735)**. 2014. 83 f. TCC (Graduação) - Curso de História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Cap. 03. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/131711/TCC%20COMPLETO%20SAAC%20FACCHINI%20BADINELLI.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28 mai. 2021.
- BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda; BRITO, Ângela Ernestina Cardoso de. **A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista**. O Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 44, n. 03, p. 67-86, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art3.pdf> Acesso em: 28 jun. 2021.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECCO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária a Saúde- SAPS** disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>. Acesso em 15/8/2021.
- BRASIL: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>> acesso em: 18 abril. 2021.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. CEFESS, 2001.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2004. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social, [S.L.], v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Biblioteca Central da UNB. http://dx.doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630.

- BULLA, Leonia Capaverde. **Relações Sociais e questão social na trajetória do serviço social brasileiro**. Revista virtual e textos & Contextos. Nº2, ano II, 2003.
- CARNEIRO; Naiara Estefânia Alves. **O trabalho do Assistente Social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e a Atenção Básica: um estudo a partir do município de Natal /RN**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.
- CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza; GOMES, Vera Lúcia Batista. **Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao serviço social**. Serviço Social & Sociedade, [S.L.], n. 130, p. 447-466, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.118>>.
- COHN, Amélia; NUNES, Edson; JACOBI, Pedro; KARSCH, URSULA S. **A Saúde como direito e serviço**. 2 Ed. - São Paulo: Cortez: 1999
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. 02: **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Trabalho e Projetos Profissionais nas Políticas Sociais ed. Brasília, 2010. 81 p. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção do assistente social**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, número 62, ano XX. São Paulo: Cortez: 2000.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção do assistente social**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, número 62, ano XX. São Paulo: Cortez: 2000.
- CRUZ, Lígia Souza da. **A Importância da Inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família - ESF**. 2018. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialista em Saúde da Família, Instituto de Educação A Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1134/3/2018_arti_ligiacruz.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.
- ENGELS, Friedrich; MARX, Karl. **A ideologia alemã**. Tradução Luís Claudio e Costa- São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- FIGUEIREDO, Nadja Oliveira; JUNIOR, Francisco Gilson Rebouças Porto. **Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira**.
- HOFFMANN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região norte do estado do rio grande do sul**. Porto Alegre: dissertação de Mestrado, 2007.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- IAMAMOTO, Marilda Vilella **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.
- IAMAMOTO, Marilda Vilella. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. CFESS, ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2021.
- KALOUSTIAN, Silvio Manoug (org.). **Família Brasileira: a base de tudo**. 10. ed. Brasília, DF: Cortez, 2011.
- LACERDA, Gustavo Biscaia De. Revista Sociologia e política, Curitiba, V. 17, n.34, p.319-343, out. 2009.

- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTINI, Débora. **A Intervenção do Assistente Social no NASF e no PAEF no município de Florianópolis**. 2017. 253 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- MARTON, Sacrlett. **Nietzsche e a revolução Francesa**. Discurso; Revista Departamento Filosófico, USP, São Paulo, 1990.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. 4. ed. São Paulo: Editorial Boitempo, 2005. 254 p.
- MEKSENAS, Paulo. **Pesquisa Social e ação pedagógica: conceitos métodos e práticas**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2011.
- MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, Rio Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4f5QkGnpbCw5BRBDYzjSLn/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 20 set. 2021.
- MENDES, Elvis de Oliveira. **Edmund Burke: Uma Crítica Revolucionária contra Revolução**. Revista Primordium v.2 n.3 jan./jun.2017
- MENDES, Jussara Maria Rosa; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; OLIVEIRA Ednéia Figueira dos Anjos; FERNANDES, Rosa Maria Castilho. **Gestão na saúde: reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS**. Porto Alegre, 2001.
- MENESES, Érika Silva. **Processo de Trabalho em Saúde: uma análise das condições de trabalhos das assistentes sociais no âmbito hospitalar**. 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula**. Belo Horizonte: Saúde e sociedade, 201. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 jun. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 154, de 2008. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 23 set. 2021.
- MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível em: <<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- NETTO, José Paulo, 1947- **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós -64**. São Paulo: Cortez, 2001.
- NETTO, Jose Paulo. A construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- NETTO, Jose Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social,1).
- NOB – RH/SUAS, **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB – RH/SUAS**. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome – MDS. 2005.
- Oliveira, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração** / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011.
- REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 20, p. 101-114, 2018. Disponível em:
<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2021.
- SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e serviço social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007- (Coleção questões da nossa época: v. 132)
- SANTOS, Josiane Soares. **“Questão social”: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.
- SANTOS, Tatiely Camille dos. **A Ação Profissional do Assistente Social e suas Contribuições para a Construção da Integralidade na Estratégia Saúde da Família no Município de Ponta Grossa – Paraná**. 2010. 186 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- SEGURA, Fabiano Fernandes. **A QUESTÃO PREVIDENCIÁRIA NA PRIMEIRA REPÚBLICA: a excepcionalidade da Lei Eloy Chaves**. Araraquara - SP, 2017. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150667/segura_ff_me_arafcl.pdf?sequence=6&isAllowed=y> Acesso em: 24 abril. 2021.
- SILVA, Carla Alves da; PASCHOALINO, Wlamir José; GOUVEIA, Djalma Rebelatto de; RIBEIRO, Cíntia Borges; BAZON, Sebastião Donizeti; JOVETTA, Robson. **O Conceito de Família sob as Novas Perspectivas Sociais**. Revista Científica UNAR, v.19, n.2, p.126-141, 2019.
- SOLHA, Raphaela Karla Toledo. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Érica, 06/2014. [Minha Biblioteca]
- SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **Edmund Burke e a gênese conservadorismo**. Serviço Social e Sociedade, n. 126, p. 360-377, maio/ago. 2016 São Paulo 2016.
- SUMIDA, Jéssica Sumie. **A Hierarquia e a Discrepância nas Relações entre Profissionais da Saúde no Contexto Hospitalar Brasileiro**. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Jornalismo, Departamento de Comunicação Social, Unesp – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/145464/000844524_livro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 set. 2021.
- TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do serviço social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 185-200. Disponível em: <http://www.poderesocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/2.4-O-projeto-%C3%A9tico-pol%C3%ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social-%E2%80%93-Joaquina-Barata-Teixeira-e-Marcelo-Braz.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- VIDAL, Dolores Lima da Costa. **Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social**. In: Serviço Social e Sociedade, ano. XXIX.n.94. jun. p.132-153. São Paulo: Cortez, 2008.

VIEIRA, Evaldo. **A república brasileira 1951-2010: de Getúlio a Lula**. São Paulo: Cortez, 2015.

WIESE, Michelly Laurita. **Serviço social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia**. Sociedade em Debate, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 146-159, 15 dez. 2020. Sociedade em Debate. <http://dx.doi.org/10.47208/sd.v26i3.2779>.

08/sd. v26i3.2779.