

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema a Atuação Profissional do Assistente Social na Atenção Primária. Tem-se como objeto de estudo o seguinte questionamento: como se dá a Atuação Profissional do Assistente Social na Atenção Primária?

O interesse pelo tema se dá pela intenção de aumentar o conhecimento sobre como é desenvolvido o trabalho dos Assistentes Sociais na área da saúde, sendo assim, será relevante a contribuição de um estudante de Serviço Social.

A compreensão de como as políticas públicas impactam a realidade da população e de que forma elas produzem seus efeitos, é primeiro passo para dar seguimento nessa pesquisa. Entendemos que pesquisar sobre a atuação dos assistentes sociais é de grande relevância, sendo assim, faz-se necessário iniciar pela definição de Políticas Públicas, ou seja, um conjunto de programas, ações e atividades realizadas pelos órgãos governamentais.

Nesse sentido, política pública é definida como:

Ação estatal deve estar focada no bem-estar público, trata-se de uma ação pública realizada com recursos que também são públicos, porque tanto os objetivos quanto os mecanismos ou procedimentos através dos quais a ação governamental se concretiza devem fazer com que se obtenha o maior bem-estar possível da forma mais eficiente. Dessa forma, a Política Pública tem o objetivo de encarar e resolver um problema público de forma racional através de um processo de ações governamentais (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011, p. 36).

José Delecrode (2020), aponta que as estratégias utilizadas nas ações de Políticas Públicas relacionam-se às questões sociais, econômicas, políticas culturais e ambientais.

De forma simplista, Oliveira (2016) apresenta uma definição de Políticas Públicas, tal como o próprio nome já diz: Política para o público. Ou seja, são as leis do Governo que regulam e norteiam a criação e manutenção de atendimentos e serviços para toda a população do País.

Com o intuito de abrandar a classe trabalhadora que reivindicava melhores condições de vida e trabalho, surgiram então as políticas sociais brasileiras, no entanto, apesar de ser de grande importância, ainda não satisfazem a essas necessidades.

A saúde como um direito disposto a todo ser humano, é significativamente relacionada a vida e ao bem-estar, e não necessariamente a saúde ser considerada um dispositivo legal, que ela produzirá seus efeitos, pois existem grandes desafios.

Ao que diz respeito às políticas públicas de Saúde, estas estão implementadas nas ações sociais do Estado, promovendo bem-estar, melhores condições de saúde à população e a cada indivíduos, e para além disso, mitigando as desigualdades sociais em saúde (CUNHA, HENRIQUE, COSTA, 2020). Dessa forma, com o marco legal de 1988, a Constituição Federal, considerando um momento decisivo em diversas áreas da política pública nacional, este é fruto de lutas de movimentos sociais, o que faz jus destacar o sistema de seguridade social em seu tripé: saúde, previdência e assistência social.

Destaca-se o artigo 194 da Constituição Federal de 1988:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas do Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compreende ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I – Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – Equidade na forma de participação no custeio;
- [...]
- VI – Diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019.
- [..]
- VII – Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1988).

Podemos entender dessa forma, que o fortalecimento do serviço de atenção primária ocorrerá através da inserção do profissional de Serviço Social junto à Estratégia de Saúde da Família.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Identificar de que forma o Assistente Social pode contribuir com os serviços prestados no âmbito da atenção primária.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as atribuições dos Assistentes Sociais na atenção primária.
- Identificar os desafios da atuação profissional dos Assistentes Sociais na atenção primária.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Entender como a atuação do profissional de serviço social na Atenção Primária de Saúde pode fortalecer o serviço como integrante da equipe multiprofissional que atuam na Estratégia de Saúde da Família e ser de fundamental relevância.

A temática proposta nesta pesquisa “A atuação do assistente social na atenção primária” tem sido tema de grande importância para o fortalecimento dos serviços prestados por estes profissionais.

Potencializar o entendimento acerca desta temática possibilitará o aprimoramento do conhecimento através dos conteúdos estudado nas disciplinas de Graduação em Serviço Social da UNISALES, sendo este, capaz de abarcar inúmeras possibilidades de estudo proposta pela Graduação.

Conforme Starfield (2002), a atenção primária à saúde, entendida como Atenção Básica, é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população; necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. Sob esta perspectiva, as ações no campo da saúde passaram a demandar os múltiplos saberes e o trabalho

de equipes multiprofissionais para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em que a intervenção no consultório médico tradicional dê espaço ao indivíduo, a família e a comunidade, de maneira que vise superar o caráter da saúde centrado exclusivamente na doença (ou ausência dela).

A partir disto, o Serviço Social, profissão também inserida no campo da saúde, começa a ganhar visibilidade para atuar no âmbito da Atenção Básica, e não mais apenas em instituições hospitalares – local que historicamente mais demandou a atuação deste profissional do campo da saúde.

A atuação do Assistente Social na saúde, perpassa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde/doença, e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Neste sentido, a atuação do Assistente Social deve ser pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde.

Iamamoto (2003) considera que na atualidade o Serviço Social assumiu uma visão mais crítica em relação à sociedade, reorientando as bases da profissão e se autoqualificando para pensar estrategicamente nas respostas dadas às demandas dos usuários, e, para atender as necessidades das instituições nas quais os assistentes sociais estão inseridos, ou que podem se inserir.

O Serviço Social no contexto da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, enfrentam duas questões importantes: a primeira, e talvez a principal, é a dificuldade inserir-se nessa área; e, nesse sentido, há o surgimento de uma nova possibilidade de inserção do Assistente Social no âmbito da Atenção Básica junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, para que isto ocorra, é necessário que os gestores municipais que detêm mecanismos para definir o quadro de profissionais que irão compor o NASF. E a segunda questão, compreende as demandas colocadas através do projeto de Reforma Sanitária, em que o novo conceito de atenção à saúde considere o trabalho multiprofissional para atender integralmente as demandas apresentadas pelos usuários.

Será relevante, enquanto acadêmica do curso de Serviço Social aprofundar o conhecimento sobre o desenvolvimento do trabalho dos Assistentes Sociais na área da saúde.

O referido trabalho está estruturado em uma introdução, no referencial teórico, na metodologia, no resultado e discussão do trabalho e nas considerações finais.

No referencial teórico, foi discutido duas categorias teóricas: Serviço Social e Saúde.

Apresentamos o surgimento do Serviço Social, o contexto histórico da época e as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil. Apresentamos o movimento de reconceituação, ou seja, o que é o movimento de reconceituação, apresentando os seminários de Araxá, Teresópolis, Alto Boa Vista e Sumaré. Em relação ao Projeto Ético Político mencionamos as dimensões ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico e contemplamos sobre o código de ética.

Foi relatado sobre o processo de trabalho do Serviço Social trazendo a discussão sobre os elementos que compõem o processo de trabalho do serviço social: objeto, meios/instrumentos e resultado e por fim foi apresentado uma discussão sobre os parâmetros de atuação do assistente social na saúde.

Em relação a saúde, foi apresentado a trajetória histórica da saúde, desde as CAP's e os IAP's – quando a saúde era atrelada a Previdência Social até a Constituição Federal de 1988 e os níveis de atenção à saúde no Brasil: primária, média e alta complexidade.

No item metodologia, explicita à trajetória percorrida para concretização da pesquisa, apontando o tipo de pesquisa utilizada, bem como o método de coleta de dados e por fim o tratamento dos dados, ou seja, a forma na qual os dados foram analisados.

No capítulo resultados e discussão, apresentamos o resultado e análise dos dados coletados.

Por fim, desenvolvemos algumas considerações finais possíveis, a partir de tudo que fora estudado.



## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1 SERVIÇO SOCIAL

Compreender como o Serviço Social impacta na atuação junto aos serviços e como essa profissão produz seus efeitos é o primeiro passo para dar seguimento neste trabalho. Entendemos que pesquisar sobre a atuação do profissional da Assistência Social é de fundamental relevância, sendo assim, faz-se necessário iniciar pelo marco histórico do Serviço Social.

#### 2.1.1 Surgimento do Serviço Social no Brasil

No Brasil, a origem do Serviço Social se dá na metade do século XX, enraizada no cristianismo assistencialista, controlado pela igreja Católica com intuito de ajudar ao próximo, beneficiando os menos favorecidos através do patrocínio burguês da época. Ao surgir o capitalismo na Europa, o princípio do ideal assistencialista apoiado na fundamentação contraditória que demarca a sociedade capitalista burguesa, mais propriamente no Brasil, período em que a produção é cada vez mais social, os meios de trabalho, seus contextos e consequências apresentam-se cada vez mais privatizados calcados em diferentes roupagens nesta época. Desse modo, os meios produzidos pelo trabalho alienado e suas relações sociais antagônicas, garantem tanto a reprodução das condições de exploração quanto a apropriação da riqueza produzida e os seus mecanismos ideológicos (VIEIRA, 1977).

Pellizzer (2008, p. 17), articula esse contexto, onde afirma que:

O Serviço Social nascido por influência direta da Igreja Católica, em âmbito de formação, prática e discurso de seus agentes, tinha como suporte filosófico o neotomismo. Os primeiros Assistentes Sociais formados no Brasil em 1936 atuavam na mudança de hábitos das famílias e das pessoas, na perspectiva de melhorar comportamentos, condições de higiene, à moral e à sua inserção na ordem social, pois sua função enquanto profissão para classe burguesa deve seguir na direção de amenizar conflitos, uma vez que “se alicerça tanto no processo conservador de manutenção da ordem como no processo renovador [...] de mudança do comportamento em função das normas de higiene social, controle biopsíquico, recuperação dos indivíduos.

Vale ressaltar que o nascimento do Serviço Social se deu na era do governo de Getúlio Vargas, em 1930, o qual apresentou grandes mudanças ao país, proporcionando a industrialização e retirando o mal-estar do passado brasileiro que representava a miséria e atrasos de um gigantesco território que até então sobrevivia do setor agrícola. Ainda no período de 1930 a 1935, houve forte pressão da classe trabalhadora ao governo brasileiro, consistindo na criação de organismos normatizadores e disciplinares das questões de trabalho, principalmente pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (SANT'ANNA, 2018).

Pellizzer (2008), aborda que a questão social decorrida das pressões e questionamentos da população da época, foi fortemente influenciada por Durkeim, Darwin, Marx, Freud e outros.

Segundo Yazbek (2017), a primeira escola de Serviço Social no Brasil, foi fundada ano de 1936, em São Paulo e em 1937, no Rio de Janeiro, coordenada por Albertina Ferreira Ramos e Maria Kiehl. As duas brasileiras tiveram formação europeia e ao retornarem ao Brasil, fundaram a Escola de Serviço Social de São Paulo, como também criaram o Centro de Estudos da Ação Social (CEAS), vinculado a igreja Católica, possibilitando um avanço ao Serviço Social no Brasil.

Para Vieira (1977), cabia ao governo brasileiro, detentor do poder público, regular os excessos e promover um modo de vida digno para o povo, particularmente durante este período da história do país marcado pelo crescimento das grandes cidades, o desenvolvimento pleno do capitalismo, e seu estabelecimento no Brasil através da construção de fábricas, resultando em um forte e expressivo êxito no país.

Vieira (1977), aponta ainda que, a questão política se deu em ocasião que entenderam a necessidade de ajudar e mitigar as vulnerabilidades da população carente, revoltada e oprimida, culminando em inúmeras greves no período em questão. Uniram-se o governo, a burguesia brasileira e a igreja Católica a fim de calar a voz do povo, promovendo um alívio aos trabalhadores e suas famílias, fazendo-os crer que seria suficiente para solucionar a crise. No entanto, a igreja Católica sentiu que sua moral, ordem e poder estavam ameaçados após a instalação dos ideais comunistas e liberais no país. Desse modo, o Estado instalou sindicatos, instituições assistenciais apoiadas pela igreja Católica e financiamentos dos burgueses com intuito de promover a paz e aniquilar a desordem nas relações sociais.

O Centro de Ação Social de São Paulo objetivava a formação de membros que focavam na doutrina da igreja tendo a lei como fundamentação para auxiliar o proletariado, provendo uma atuação eficiente das trabalhadoras sociais e assim fortalecer o empenho de cunho social por eles promovidos e mantidos (YAZBEK, 2017).

Segundo Yazbek (2017), o auge do Serviço Social resultava em adequar a pessoa ao meio que vive e esse ambiente é adequado a pessoa, porém as trabalhadoras sociais ainda não observaram uma atuação consciente e crítica de seu trabalho e sua intervenção na sociedade, sistematizando e teorizando a profissão, alienando as pessoas e enganando-se pensando que estavam servindo por amor ao próximo como pregava a igreja.

De acordo com Yazbek (2017), a lei nº 2.497, criada em 1935 teve o propósito de instituir o Departamento de Assistência Social do Estado. Naquela época, o então presidente da república era Getúlio Vargas, apontado como o “pai dos pobres” e “mãe dos ricos”, criou uma legislação em benefício dos trabalhadores, para a política social. Dessa forma o Estado regulamenta, incentiva e institucionaliza o trabalho dos Assistentes Sociais.

O Estado proporcionou um curso intensivo de Assistência Social para capacitar assistentes sociais para atuar em determinados órgãos estaduais, regulando os trabalhadores no mercado e prevenindo a exploração da força de trabalho, agilizando a assistência e potencializando e centralizando sua participação. Da mesma forma, regulamentando as iniciativas privadas, as organizações de apoio coordenadas pela igreja, aplicam técnicas especializadas e treinamento técnico, desenvolvido a partir dessas organizações particulares. Com incentivo do Estado para formação técnica, institucionalizou-se sua transformação gradual em profissão legitimada na divisão do trabalho. Com a adaptação dessa formação técnica, os cursos adotam novas orientações e assumem novos e ampliados rumos. No entanto, por enquanto, o Serviço Social ainda está vagando nas mais diversas investigações e buscando sua especificidade (VIEIRA, 1977).

O ano de 1942 foi significativo para a consolidação do Serviço Social no Brasil, com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), órgão assistencial público brasileiro fundado pela então primeira-dama Darcy Vargas, com o intuito de ajudar famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial, apoiado pela Federação das

Associações Comerciais e da Confederação Nacional da Indústria. Os Estados Unidos, nesse período, concederam bolsas de estudo a profissionais de assistência social brasileiros que, ao voltar para casa, introduziram práticas típicas de serviço social, marcando uma mudança na visão do indivíduo assistente social no país, pois já possuem uma visão social própria. Centra-se nos ideais franceses de assistência social e médica (IAMAMOTO, CARVALHO, 2011).

Os autores lamamoto e Carvalho (2011, p. 265) assinalam que a proposta da LBA era o de “prover as necessidades das famílias cujos chefes haviam sido mobilizados, e, ainda, prestar decidido concurso ao governo em tudo que se relaciona ao esforço de guerra”. A referida instituição, logo em seguida foi financiada pela esfera governamental e com o apoio das grandes representações corporativas do setor comercial e industrial.

Vieira (1977), discorre que em 1945, o Congresso Pan-Americano foi um evento que reuniu assistentes sociais de todas as Américas para discutir novos rumos do trabalho social no continente. E, no ano de 1946 com a criação da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) e da Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), abriu um pouco mais os horizontes dos assistentes sociais, pois a teoria da profissão mudou as orientações da assistência prestada, ampliou os horizontes das assistentes, tiram deles a noção velada de ajudar os necessitados e implementam políticas públicas para o bem-estar dos pobres, as pessoas são excluídas e restritas às margens sociais.

No I Congresso Brasileiro de Serviço Social em São Paulo em 1947, Vieira (1977, p.143), explica o Serviço Social como "atividade destinada a estabelecer, por processos científicos e técnicos, o bem-estar social da pessoa humana, individualmente ou em grupo, e constitui o recurso indispensável à solução cristã e verdadeira dos problemas sociais".

Segundo Costa e Madeira (2013), o II Congresso Pan Americano de Serviço Social no Rio de Janeiro, ocorrido em 1949 trouxe destaque a fusão dos ideais americanos e franceses de assistência médico-hospitalar que primava também a família do trabalhador, apresentando uma característica paternalista na obtenção de benefícios materiais, na gratuidade dos medicamentos, alimentos, auxílio em espécie ou no encaminhamento a obras sociais que possam melhor atendê-los.

Netto (2009), discorre que em 1960, as condições da atuação desses profissionais foram reformuladas através dos governos de Juscelino Kubitschek e Jânio Quadros que atuavam a partir da visão humanista, valorizando a profissão do Serviço Social. Dessa forma, a profissão do Assistente Social caracterizou-se por práticas orientadas por instrumentos técnicos, promovendo um movimento interno na categoria, conhecido como o Movimento de Reconceituação do Serviço Social.

[...], esta perspectiva faz-se legatária das características que conferiam à profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinam a uma visão de mundo que deriva do pensamento católico tradicional; mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais de extração positivista (NETTO, 2009, p.157).

Segundo Netto (2009), a expressão Serviço Social no Brasil passou a ter duas perspectivas, sendo uma em que o Serviço Social foi apresentado como entidades e obras prestadas com gratuidade como um hospital designado, ambulatório etc., denominado como serviço social. E a outra é o método pelo qual indivíduos, grupos ou comunidades são assistidos por profissionais capacitados que tendem observar seus interesses e promover uma forma de solucionar problemas.

### **2.1.2 Movimento de Reconceituação**

O Movimento de Reconceituação é um fato marcante no Serviço Social, o que denota que a partir desse momento surge um novo ponto de vista quanto a prática profissional, centrada numa análise crítica da realidade social voltada para um melhor desenvolvimento na atuação profissional diante da questão social, buscando então, romper com o Serviço Social tradicional (IAMAMOTO, 2006).

[...] a ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca-se colocar-se, objetivamente a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade (IAMAMOTO, 2006, p. 37).

Para Viana, Carneiro e Gonçalves (2015), a nova fase dessa categoria profissional surgiu no contexto da ditadura militar no período de 1964 a 1985, suscitada por inclinações imperialistas que tinham intenção de expandir o modelo econômico capitalista, e até mesmo deter a expansão do comunismo na América Latina.

O desenvolvimento do Serviço Social, foi influenciado pela metodologia de trabalho americano, introduzindo em sua ementa curricular Serviço Social de caso, de grupo, organização social da comunidade e desenvolvimento da comunidade (VIANA; CARNEIRO; GONÇALVES, 2015).

De acordo com Santa'anna (2018), o princípio do movimento de reconceituação foi motivado pelo impacto das teorias e tentativas de prática desenvolvimentista. Entendeu-se que essa teoria era frágil em termos de compreensão da dinâmica social, relações de classe, grupos sociais e instituições. A ênfase ao desenvolvimento de comunidade foi amplamente disseminada pela ONU e OEA (décadas de 50, 60 e início dos anos 70) por intermédio de assistência técnica a projetos, cursos, seminários e diversas literaturas.

Com o clima de autocracia burguesa, o Serviço Social apresenta diferentes demandas que surgiram na vigência do período em questão. Com isso, o Serviço Social apresentou-se inicialmente como uma reencenação das formas tradicionais de ingresso na profissão, com práticas paliativas, caritativas e assistencialistas, todas amparadas pela autocracia burguesa.

Diante da significativa modificação na atuação profissional, Netto (2005, p. 123), aponta que:

Sinteticamente, o fato central é que, no curso deste processo, mudou o perfil do profissional demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exigia-se um assistente social ele mesmo “moderno” –com um desempenho onde traços “tradicionais” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionais”.

Ao implantar políticas de Assistência Social em países como a América Latina, desenvolveu-se uma realidade subdesenvolvida: baixo índice de renda da população, problemas de infraestruturas de saneamento, alto índice de analfabetismo, baixo nível de saúde e de escolaridade, sendo temas não só relacionados a economistas e sociólogos, como também de técnicos do Serviço Social e para a sociedade como um todo (SANT'ANNA, 2018).

De acordo com Faleiros (2005), a inserção do marxismo nas universidades e rotina de trabalho, assim como a liberdade, resultou ao Serviço Social um distanciamento da filosofia do desenvolvimentismo, surgindo assim, novas indagações e críticas ao Serviço Social tradicional e demanda de diferentes ideologias.

Segundo Sant'anna (2018), o ano de 1964 foi marcado pela primeira manifestação grupal de crítica ao Serviço Social tradicional e ensaio de reconceituação no encontro regional de escolas de Serviço Social. Destaca-se à crítica de caráter economicista e adota o processo de conscientização na linha de liberação do oprimido. A partir das modificações que aconteceram, o que antes eram apenas escolas isoladas, tornaram-se centros universitários, culminando em interações entre as disciplinas das ciências humanas, inclusive com disciplinas do viés da ditadura militar. Diante da inserção das ciências sociais junto ao currículo universitário, o Serviço Social, começou a mudar, adotando uma postura crítica em relação aos seus fundamentos.

Segundo Netto (2005) relata, o processo de renovação, que pode ser traduzido como o novo, traz a visão de que uma nova forma de atuar profissionalmente seja introduzida, principalmente no que diz respeito ao rompimento com as práticas tradicionais de início, culminando na construção de um pluralismo profissional, pautado nos diferentes procedimentos que abarcam a legitimação prática e validação teórica.

Iamamoto (2006) aponta que com o movimento de ditadura militar propiciaram isolamento a manifestações de profissionais que aclamavam pela prática tradicional do Serviço Social.

O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS), foi quem promoveu o encontro de Araxá em Minas Gerais, ocorrido em 1967, reunindo 38 assistentes sociais docentes e não docentes. Seu objetivo foi de revisar em maior perspicácia a teoria básica do Serviço Social e sua metodologia. Para Netto (1991), sob a ótica da globalidade que foi a reflexão que em Araxá vai conduzir o ajustamento da metodologia do Serviço Social que vão se efetivar em dois níveis o micro e o macro. O nível micro compreende o operacional e o macro as funções do Serviço Social ao nível da política e do planejamento para o desenvolvimento da infraestrutura social, sendo essa última entendida como facilidades básicas, programas de saúde, educação, habitação, serviços sociais fundamentais. Dessa forma, o Serviço Social traz respostas a essas novas demandas.

No Seminário de Araxá, realizado em 1967, promovido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbios de Serviços Sociais (CBCISS), culminou de fato o Movimento de Reconceituação. Foi elaborado um documento fruto desse seminário, com o intuito de estabelecer uma teoria do Serviço Social, apontando objetivos,

descrição de funções e adequação da metodologia às funções. Netto (2009, p. 176), aponta que os objetivos tratados no seminário em Araxá não são obtidos, pois “[...] o documento reduz a teorização a uma abordagem técnica operacional em função do modelo básico de desenvolvimento” e conclui o seguinte:

Entretanto, nem por este artifício se escamoteia a teoria: se ela vem revestida pela técnica, não está evidentemente cancelada; bem ao contrário: existe uma clara dominância teórica a informar o Documento de Araxá — é o referencial estrutural-funcionalista (Netto, 2009, p. 176).

Quanto ao seminário de Teresópolis, ocorrido em 1970, os participantes realizaram uma prévia de documentos com temas voltados na metodologia. Porém, corroborou temas principalmente “relacionados ao eixo filosófico – neotomista e metodológico – positivista funcionalista”, conforme relatado por Oliveira e Chaves (2017, p. 152). Dessa forma, integrou-se o Serviço Social ao desenvolvimento brasileiro, possibilitando uma atuação favorável ao modelo socioeconômico em pauta no Brasil.

Para Netto (2009), ao longo dos anos, os assistentes sociais se firmaram como os mais qualificados para formular e implementar políticas de proteção social, sendo os principais responsáveis por promover a inclusão socioeconômica, melhor socialização dos indivíduos, famílias e grupos da sociedade em que vivem, buscando nos próprios participantes a solução ou mitigação dos problemas sociais que os afetam. O conhecimento desse especialista, baseado em técnicas adquiridas durante sua formação, ajuda os indivíduos a serem analisados de maneira independente, sejam mais confiantes e conscientes de suas próprias aptidões e atitudes, diferente dos profissionais pioneiros que:

Não tinha a criticidade necessária para avaliar as situações e adequar o Serviço Social a estas. A criticidade apareceu aos poucos, não pela avaliação formal das situações em si, mas pela constatação de que os esforços não respondiam aos resultados desejados. Não houve nunca, senão em experiência limitada, um estudo científico avaliador do Serviço Social (VIEIRA, 1977, p. 156).

Com o passar dos anos a atuação do Assistente Social se difundiu por todo o mundo, sendo de grande relevância para a sociedade de forma ampla, espera-se uma prática ética dos assistentes sociais e assim, corroborar a preocupação com a qualidade dos serviços prestados, como respeitos junto a comunidade assistida, investindo em aperfeiçoamento dos programas institucionais, na cobertura da rede de serviços públicos, reagindo à imposição de uma melhor seletividade no acesso aos atendimentos. Volta-se para a formulação de propostas, ou contrapropostas, de

políticas institucionais inovadoras e viáveis que ampliem os horizontes indicados, garantindo a efetividade dos serviços prestados (NETTO, 2005).

Em última análise, conforme abordado por Netto (2005), exige-se uma nova natureza do trabalho profissional, que não recusa as tarefas que a sociedade atribui a esse especialista, mas lhe confia um tratamento teórico-metodológico e ético-político. Portanto, se os assistentes sociais trabalham sob certas condições objetivas, carentes de emprego e recursos, então esse contexto mostra a importância dos atos ético-políticos no desenvolver da profissão para demonstrar sua capacidade de ação e estratégia para forças sociais, de modo que a capacidade teórica é imprescindível.

Tudo indica que este componente atendia a duas necessidades distintas: a de preservar os traços subalternos do exercício profissional, de forma a continuar contando com um firme estrato de executores de políticas sociais localizadas bastante dócil e, ao mesmo tempo, de contra restar projeções profissionais potencialmente conflituosas com os meios e os objetivos que estavam alocados as estruturas organizacional - institucionais em que se inseriram tradicionalmente os assistentes sociais (NETTO, 2005, p.118).

De acordo com Netto (2005), a atuação dos profissionais de Serviço Social era de subalternidade, atuavam como simples cumpridores das políticas sociais, pois reproduziam um sentido de ordem na autocracia burguesa. E, com a reorganização pelo Estado junto a sociedade, foram realizadas mudanças no país, o qual refletiram modificações ao cenário do Serviço Social tanto na prática como na formação profissional.

Em 1965, aconteceu o I Seminário Latino-Americano de Serviço Social em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, tendo como marco o movimento rompimento com o tradicionalismo. O rompimento com o Serviço Social tradicional despontou com as amarras imperialista, de luta pela libertação nacional e de transformação da estrutura capitalista, concentradora e exploradora. Esse romper enunciou uma lutar por alcançar novas bases de legitimação da ação profissional e inserção do serviço de acordo interesses dos usuários. Trouxe ainda a ideia de que o Assistente Social tenha como premissa a compreensão de que os efeitos políticos de sua prática profissional, polarizado pela luta de classes. O agrupamento com o rigor teórico e a atuação renovada, politicamente definida, compõe elemento decisivo para sobrepujar o voluntarismo, a prática rotinizada e burocrática, tendências empíricas, o alheamento do modo de vida do povo e o desconhecimento do saber popular (IAMAMOTO, 1999).

Netto (2005), relata que o encontro em Teresópolis, ocorrido em 1970, foi originado em virtude de sete encontros anteriores, o qual abordou sobre a metodologia com repercussão em toda América Latina, onde o Serviço Social volta sua prática profissional com um desenvolvimento mínimo de cientificidade. Teresópolis também propôs a redução quanto a condição funcionária profissional, investindo em um estatuto básico de execução, derivando a valorização da ação prática-imediata.

No ano de 1978, realizou-se o encontro de Sumaré, com o objetivo de trazer o saber científico do Serviço Social, registrando assim o deslocamento do ponto de vista moderno da arena central do debate e da polêmica e a disputar seus espaços e hegemonia diante dos foros de discussão, organização e divulgação da categoria profissional. A pauta voltou-se para a construção do objeto do Serviço Social sob o prisma dialético que incorpore diferentes pontos de vista: da ciência e dos modos de produção das formações sociais e das conjunturas políticas. O desfecho dessa perspectiva deu-se nos seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista, corroborando para o surgimento de diferentes pontos da relação do Serviço Social a cientificidade: a metodologia e a dialética. Netto (2005, p. 195) aponta que “A documentação do Sumaré e do Alto da Boa Vista está para o deslocamento da perspectiva modernizadora assim como estão, para o seu momento ascendente, os documentos de Araxá e Teresópolis”.

A visão abordada por Netto, perpassa pela renovação do conservadorismo que se manifesta intrincada na dialética de ruptura e continuidade com a atuação profissional do passado.

### **2.1.3 Projeto Ético Político**

O Projeto ético-político do Serviço Social está intimamente ligado a um projeto de transformação da sociedade, dado a exigência da dimensão política da intervenção profissional, abordada por Yamamoto (1999). A prática do movimento contrário das classes percorreu por uma direção social às ações profissionais que favoreciam outros projetos societários.

Segundo Netto (1999, p. 104-105), o projeto ético-político demonstra que,

[...] 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. Conseqüentemente, 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.

Ainda de acordo com Netto (1999), o projeto ético-político representa a autoimagem da profissão e seleciona um valor e isso o justifica socialmente, separa e prioriza seus objetivos, formula funções e requisitos, tanto teóricos, institucionais e práticos. Prescrevem um código de conduta para sua atuação junto aos usuários e também aos serviços, com outras profissões, organizações, instituições sociais privadas e públicas. Ou seja, ele estrutura os elementos constitutivos a “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitima, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc.” (NETTO, 1999, p. 98),

São elementos constitutivos num projeto ético-político:

- a) Explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) Matriz teórico-metodológica em que se apoia;
- c) Produção e reprodução da miséria que ao mesmo tempo apresenta uma produção grandiosa de riquezas;
- d) Movimento de lutas e posicionamentos políticos vinculados a coletividade da organização política em aliança com os setores progressistas da sociedade brasileira.

A base desses elementos constitutivos apresenta materialidade através da visibilidade social a partir de componentes construídos pelos assistentes sociais, são eles: produção do conhecimento, instâncias político-organizativas da profissão, o conjunto Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), além do movimento estudantil representado pelo conjunto de Centros e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO), entre outros, e dimensão jurídico-política da profissão com leis regulamentares.

Para Iamamoto (2006) e Martinelli (2007) o Serviço Social constitui uma profissão que sobressai do íntimo da sociedade capitalista, a partir das relações sociais. As autoras afirmam que o exercício profissional do Assistente Social tem caráter interventivo, sendo sua prática exercida pelo capital, objetivando intervir no surgimento da “questão social” a que passa a classe trabalhadora. Dessa forma, consta salientar sobre os avanços consolidados nas três dimensões do Projeto Ético-Político Profissional, o qual

foi imprescindível, tendo em seu escopo a finalidade de orientar o exercício da profissão, baseados nos pressupostos de liberdade e democracia, preponderando uma atuação comprometida com a classe trabalhadora.

O princípio da propositura do Projeto Ético-Político Profissional é embasado através do Código de Ética de 1986, apresentando uma reestruturação em 1993, pela Reformulação da Lei que Regulamenta a profissão, proporcionando seu complemento com as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social, concordado pela categoria em 1996 (IAMAMOTO, 2006).

Segundo Costa e Madeira (2013, p.108),

Nessa complexa configuração do trabalho na sociedade capitalista, insere-se a práxis do Serviço Social que se apresenta nessa dinâmica contemporânea como trabalho abstrato, assalariado, implicando as competências, atribuições e capacidade técnico-profissional, subordinando precariamente as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas do fazer profissional.

Para Santos (2013), no exercício profissional, a relação entre as dimensões, se colocam como: teoria como instrumento de análise do real, onde acontece a intervenção profissional, entendida como a dimensão teórico-metodológica, com o intuito de criar estratégias e táticas de intervenção, como dimensão técnico-operativa e assim, comprometidas com um determinado projeto profissional, tendo como dimensão ético-política. Sendo assim, a atuação profissional se dá pela vinculação das dimensões, através do olhar subjetivo e objetivo historicamente determinadas, perfazendo a importância da profissão frente as necessidades da população com solicitações socioprofissionais e políticas, correlacionados a forças sociais demonstrados nos diferentes projetos profissionais.

Segundo Santos (2013, p. 2), a dimensão técnico-operativa é aquela que mais se aproxima do exercício profissional, expressando, de certa forma as demais dimensões. Isto é, as atuações manifestam as concepções teórico-metodológica e ético-política do Serviço Social, ainda que ele não apresente compreensões nos seus valores e conceitos. Desta forma, a dimensão técnico-operativa está envolto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadas da ação, fundamentando a prática profissional “e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética”. A dimensão teórico-metodológico apoia-se no referencial de intencionalidade e a direção social empreendida na ação, fazendo com que os instrumentos e técnicas possibilitem a materialização dessa intencionalidade. Ou seja,

é o fundamento teórico da realidade que oferece o conteúdo a ser tratado nos instrumentos de intervenção, sejam eles culturais, religiosos, políticos etc. Já a dimensão ético-política é encarregada pela seleção dos instrumentos utilizados pelos profissionais. Esses profissionais para atuar em concomitância com o projeto ético-político precisam ponderar os princípios e normas para a prática profissional compreendidas no Código de Ética do Assistente Social, assim como, as disposições quanto ao exercício da profissão impostas na Lei 8662/93 que dispõe sobre as competências e atribuições privativas do Assistente Social.

O processo histórico do Código de Ética do Assistente Social é determinado por transformações, da mesma forma como valores e os fundamentos que legitimaram cada consolidação em seu tempo. Esses documentos interpretam não apenas aspectos normativos e obrigações profissionais, assim como, princípios que comprovam o projeto social que a categoria defende a todo momento. Diante disso, o percurso do esboço profissional no Brasil, caracteriza-se historicamente em dois momentos: um defendia um viés conservador e outro, uma perspectiva teórico-crítica da sociedade de classes (IAMAMOTO, 2006).

Para Matos (2015), a ética é caracterizada como a ciência que estuda a moral, e assim, não encontramos um padrão de ação para cada situação. Pertence à moral a questão em saber agir para uma boa conduta, ou para uma conduta moralmente válida. A ética por outro lado, trata de problemas gerais de natureza teórica, como a definição da essência da moralidade, sua origem, condições objetivas e subjetivas do ato moral e as fontes de avaliação moral.

Segundo Matos (2015), os princípios do Código de Ética afirmam quanto a importância de um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, são eles os 11 princípios que regem o Código:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

V. 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;

VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;

IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;

X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 2012, p. 23-24).

Segundo Matos (2015), o Código de Ética do Assistente Social tem compromisso com a liberdade como um valor ético central e a defesa da democracia e dos direitos humanos. No entanto, os onze princípios não têm as mesmas dimensões, mas de certa forma, se conectam entre si.

#### **2.1.4 Processo de trabalho do Serviço Social**

O Serviço Social é uma profissão no campo das Ciências Sociais, é baseada em valores e princípios éticos, desenha sua ação a partir do reconhecimento das condições sócio-históricas que existem em vários aspectos das questões sociais, conforme relata José Filho (2002, p. 56 apud PIANA, 2009):

O Serviço Social atua na área das relações sociais, mas sua especificidade deve ser buscada nos objetivos profissionais tendo estes que serem adequadamente formulados guardando estreita relação com objeto. Essa formulação dos objetivos garante-nos, em parte, a especificidade de uma profissão. Em consequência, um corpo de conhecimentos teóricos, método de investigação e intervenção e um sistema de valores e concepções ideológicas conformariam a especificidade e integridade de uma profissão. O Serviço Social é uma prática, um processo de atuação que se alimenta por uma teoria e volta à prática para transformá-la, um contínuo ir e vir iniciado na prática dos homens face aos desafios de sua realidade.

Para lamamoto (1999), a questão social é objeto de trabalho do assistente social. É de várias maneiras que cria a necessidade de atuação profissional contra situações de violência contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres, conflitos fundiários e muito mais.

Ainda de acordo com lamamoto (1999), o contexto moderno em que o serviço social é criado e desenvolvido como profissão vai contra a base do desenvolvimento do capitalismo industrial e da expansão de cidades. Essa posição surge das exigências da realidade histórica quando a própria delegação profissional veio da “classe média” da sociedade, que também é atingida por choques de política econômica que são significativamente desfavoráveis ao setor popular.

Portanto, a intenção de explicitar a atribuição profissional vêm associados aos princípios teórico-filosóficos e científicos, levando a mais do que apenas a atividade técnica, levando a possibilidades inovadoras de resgate, sistematização e fortalecimento. Proporcionando alternativas à resistência do processo de dominação, de acordo com o projeto ético-político profissional (IAMAMOTO, 1999).

Os profissionais do serviço social buscam a implementação e integração das políticas de acordo com que desenvolvem seus processos de trabalho, transformando os problemas sociais que existentes na vida cotidiana. Dessa forma, o processo de trabalho do assistente social se materializa no planejamento e implementação de programas sociais (CARVALHO, 1977).

De acordo com Carvalho (1977, p. 5), esse planejamento pode ser entendido como “um conjunto de princípios, procedimentos, métodos, técnicas, habilidades e atitudes que adquirem seu sentido, coerência e integração face às finalidades próprias e específicas do Serviço Social”.

Por fim, Carvalho (1977), relata que em todas as atividades do serviço social, a finalidade do assistente social é a formação para a cidadania (libertação política, social e econômica), para a qual possui uma rede de atenção ao cidadão em diversos aspectos, trabalhando na formação e implementação. Nessas ações, os assistentes sociais também contribuem para a democratização de informações essenciais à efetivação de direitos e serviços, bem como a capacidade de resposta a sinais de problemas sociais e a identificação de ações potenciais.

Para Guerra (2000, p. 2), “a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais”. Através da capacidade obtida na função da atividade profissional, acontecem transformações, modificações que alteram as condições objetivas e subjetivas entre as relações interpessoais e sociais no nível do cotidiano real.

Assim sendo, a instrumentalidade no Serviço Social é estruturada no decorrer da atuação dos profissionais. A instrumentalidade possibilita ao exercício profissional a reflexão do conceito sócio-histórico, a fim de resgatar a natureza e a estrutura das políticas sociais, que perpassam o lugar de intervenção profissional, atribuindo diferentes formas, conteúdos e dinâmicas ao exercício profissional (GUERRA, 2000).

Os instrumentos utilizados nas intervenções do Assistente Social dependem dos objetivos a serem alcançados em cada uma delas. Por isso, é importante, antes da ação, a construção de um planejamento. Dentre seus itens, deve constar a metodologia a ser aplicada. São eles: entrevistas, atendimentos, visitas, acompanhamentos, atividades em grupo, estudos sociais, avaliação dos estudos sociais (Iamamoto, 2006). Como ferramentas de monitoramento e avaliação, os instrumentos auxiliarão na coleta e análise das informações. E por fim, na avaliação do real impacto versus o que foi planejado. Trata-se, muito além de uma metodologia, mas, uma forma de gestão sistemática, focada no resultado.

Guerra (2000, p. 10), aponta que o Serviço Social traz a instrumentalidade como uma condição sócio-histórica em três níveis: “1) da instrumentalidade do Serviço Social face ao projeto burguês; 2) da instrumentalidade das respostas profissionais e 3) instrumentalidade como uma mediação que permite a passagem das ações”. No exercício da profissão, o assistente social renuncia a pensamentos ídeo-cultural e na tradição marxista e ajusta aos objetivos da profissão, produzindo assim, novos elementos.

Segundo Guerra (2000), a instrumentalidade no trabalho social é construída e reconstruída no âmbito da profissão, assim como, dos profissionais que executam esse trabalho.

Esta condição inerente ao trabalho é dada pelos homens no processo de atendimento às necessidades materiais (comer, beber, dormir, procriar) e espirituais (relativas à mente, ao intelecto, ao espírito, à fantasia) suas e de outros homens. Pelo processo de trabalho os homens transformam a

realidade, transformam-se a si mesmo e aos outros homens (GUERRA, 2000, p. 2,3).

Dessa forma, Guerra (2000), conclui que a reprodução material é advinda dos homens e a social da sociedade como um todo. Os homens usam ou transformam os materiais e condições sob os quais o trabalho é feito, mudando, adaptando e utilizando eles para seu próprio benefício, a fim de alcançar seus objetivos. Este processo envolve domínio, manipulação e controle sobre determinada matéria, resultado natural de sua transformação. Esse movimento transformacional é trabalhoso, mas transformando a natureza, os humanos se transformam a si próprios.

Segundo lamamoto (2004), os instrumentos de trabalho do Assistente Social, tem se a visão de arsenal de técnicas, mas e bem mais complexa. A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o conhecimento como um meio de trabalho, sem que esse trabalhador especializado não consiga efetuar sua atividade ou trabalho. As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho e isso contribui para iluminar a leitura da realidade. O conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do seu processo de trabalho são partes do seu acervo de seus meios de trabalho.

lamamoto (2004) descreve que embora regulamentado como profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o Assistente Social não detém de todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos. Depende de recursos previstos nos programa e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado.

Ainda de acordo com lamamoto (2004), o Serviço Social tem também um efeito que não é material, mas é socialmente objetivo. Tem uma objetividade que não é material, mas é social. Podemos exemplificar: quando o Assistente Social viabiliza o acesso a um óculos, está fornecendo algo que é material e terá uma utilidade.

Falaremos a seguir a respeito dos resultados obtidos no desempenho do trabalho do Assistente Social.

Segundo lamamoto (2004), o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos

sociais. O assistente social é, neste sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade.

Ainda de acordo com lamamoto (2004), o assistente social não produz diretamente riqueza – valor e mais-valia, mas é um profissional que é parte de um trabalhador coletivo, fruto de uma combinação de trabalhos especializados na produção, de uma divisão técnica do trabalho.

Segundo lamamoto (2004) o trabalho do assistente social tem também efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, tem efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos.

No próximo item será trabalhado os parâmetros de atuação do assistente social na saúde.

### **2.1.5 Parâmetros de atuação do assistente social na saúde**

O Serviço Social é uma profissão cuja identidade é marcada historicamente. Seu fundamento é pautado na realidade social e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, demonstrando uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica do trabalho. Em cada ato profissional são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, dentre diferentes cadeias de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, proporcionando a obtenção dos resultados estipulados (MARTINELLI, 2011).

A atuação dos assistentes sociais em unidade básica de saúde, em ações de saúde são reconhecidas como Ações Programáticas ou Programas em Saúde, estas, referem-se a um conjunto articulado de atividades voltadas para uma população-alvo com dupla dimensão de fazer incidir seu objeto de preocupação sobre o indivíduo e sobre o coletivo (IAMAMOTO, 2001).

Critelli (2006, p. 2), destaca que o trabalho social qualificado é considerado como o compromisso de cada dia, pois:

[...] é fonte de sentido para a vida humana, organiza nossa vida diária. Define o tempo e a história humana [...] O trabalho nos revela para os outros e para nós mesmos. Por meio dele construímos nossa identidade. A partir dele

descobrimos habilidades, poderes, limites, competências, alegrias, tristezas. Criamos vínculos com as pessoas, com os ambientes, com a cidade e a nação. O trabalho é o lugar privilegiado onde descobrimos, inclusive, para que viemos e o que nos compete cuidar nesta vida.

A atuação do assistente social quanto a terapêutica dos cuidados, é de fundamental importância, preservando o respeito ético pela vida humana. Partindo desse pressuposto do cuidado ético, tem-se a importância da ética dos cuidados, pois se o trabalho é um uso de si, pressupõe na mesma medida um cuidado de si (MARTINELLI, 2011).

Segundo Martinelli (2011, p. 502-503), na proposta da dimensão do trabalho como uso de si, faz-se necessário destacar a importância:

- do sentimento partilhado, de sentir com o outro, não como o outro;
- do espaço da escuta, tanto no diálogo como no silêncio;
- do espaço do acolhimento, de ter a sensibilidade de oferecer o acolhimento no momento do desconforto, da dor, “abrir a porta quem não bateu”, como nos lembra o poeta Fernando Pessoa (1965);
- da dignidade no trato, da sensibilidade de perceber a condição do outro naquele momento tão peculiar de sua vida;
- do reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde;
- da ética no trato da informação;
- da verdade como base do diálogo, na justa medida, tanto com o paciente quanto com seus familiares;
- da responsabilidade social partilhada, criando relações de parceria com o cuidador e familiares, e estimulando-os a criar também vínculos de pertencimento.

Quanto ao trabalho como cuidado de si, é sempre recomendável:

- manter um estado de espírito positivo;
- alimentar a paz de espírito e a tranquilidade;
- dedicar-se a práticas que permitam o recriar das energias e que estimulem a criatividade;
- manter acesa a chama da busca do conhecimento, da prática, da pesquisa;
- buscar permanentemente o aprimoramento profissional, tanto na perspectiva multidisciplinar quanto na profissão de origem;
- lembrar-se, a cada momento, do permanente compromisso que devemos ter no sentido da consolidação do projeto ético-político da profissão.

É necessário que as ações sejam humanizadas, conforme é proposto pela ética profissional, pois, se agirmos firmemente apoiados nos princípios que regem a profissão e da mesma forma nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social na

área da saúde, colocaremos em prática uma ética militante no campo dos direitos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários das políticas de saúde, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde (MARTINELLI, 2011).

Nesse contexto, Martinelli (2011), menciona que o Assistente Social pode contribuir para a participação social, a acessibilidade, o vínculo e a integralidade da atenção, considerando que atua com ações de cunho educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, apoiando para que as necessidades e interesses dos sujeitos de direito.

Dessa forma, a ESF como parte da proposta de atuação na APS trouxe desafios aos assistentes sociais que atuam nas práticas de saúde em equipes multidisciplinares. O assistente social como integrante da equipe que dá suporte à equipe mínima de saúde nas unidades, passam a desenvolver atividades de promoção à saúde (STARFIELD, 2002).

A atividade desenvolvida pelos assistentes sociais é quase sempre referenciada como educação em saúde relativo a promoção da saúde, sendo dialógicas, através de reuniões com a comunidade, com o intuito de transmitir seus conhecimentos aos usuários do SUS (SODRÉ, 2014).

Evidencia-se que os assistentes sociais permitem entender a educação em saúde por duas vertentes de atuação: 1) algo que se dá em ato, no momento do encontro como troca de saberes e a capacidade de dialogar sobre comportamentos, estilos de vida, dúvidas em relação a determinada atitude. Proporciona acolhimento e muitas vezes “traduz” para a linguagem dos usuários uma ação desejada pelas diretrizes ministeriais como uma “atitude saudável”. Neste sentido, a “tradução” realizada pelo assistente social coloca-se como um papel a ser desempenhado na qualidade de um interlocutor entre as ações educativas propostas pela saúde pública e o conhecimento que se quer transformar em ação pelos usuários. Outra compreensão deriva de um entendimento sobre educação em saúde como: 2) uma concepção que se resume à transmissão de conhecimento científicos. O usuário do SUS é visto com um receptor de informações. Os assistentes sociais elegem um tema específico a ser tratado em reuniões, atividades grupais ou outra ação que seja coletiva, denominada “atividades de educação em saúde”, pois envolve o trabalho com a linguagem e uso de recursos professorais: projeção de slides, cadeiras em fila, sala de aula formal ou auditório, quadro, cartazes ou imagens para repassar um conhecimento sobre determinado tema. Muitas vezes esse suposto tema não é de interesse dos usuários presentes nas reuniões, que estão ali para cumprir um pré-requisito de determinada atividade — como os critérios de inclusão do programa Bolsa Família do governo federal — requisito considerado obrigatório (uma condicionalidade) (SODRÉ, 2014, p. 8).

Conforme aponta Martinelli (2011), o compromisso ético-político deve ser primordial para que haja o avanço na sistematização das ações e na construção do conhecimento. Com isso, deve haver qualificação na intervenção através do fortalecimento da produção teórica do conhecimento em Serviço Social.

Competências e atribuições da(o) assistente social:

De acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão estabelece no seu Artigo 4º como competências da(o) assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 2009, p. 18).

No Artigo 5º, apresenta como atribuições privativas da(o) Assistente Social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pósgraduação;
- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço social;
- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social; fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 2009, p. 18-19).

No próximo item será trabalhado a categoria saúde descrevendo sua trajetória histórica, trazendo o conceito de saúde, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os níveis de atenção à saúde.

## 2.2 POLÍTICA DE SAÚDE

Nesse item abordaremos sobre a trajetória histórica da saúde brasileira, assim como o que é estabelecido na Constituição Federal de 1988, apresentaremos ainda o conceito de saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) junto aos seus princípios e diretrizes, os níveis de atenção à saúde no Brasil, e por fim, os parâmetros de atuação do assistente social na saúde.

### 2.2.1 Trajetória histórica da saúde

Segundo Silva (2003), a trajetória da saúde brasileira nos remete a filantropia, mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. Análogo a isso, o Estado realizava pequenas ações de saúde diante de epidemias, tais como, vacinação e de saneamento básico. Outros cuidados eram de algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, tuberculose e outras.

Em 1923 aconteceu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) através da Lei Eloy Chaves que tinha a finalidade de assegurar pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho por doença, além de uma futura aposentadoria aos trabalhadores. A partir de 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no Estado Novo de Getúlio Vargas, que ocorre quando os trabalhadores lutam e fazem reivindicações pelos seus direitos (BATICH, 2004).

Como um dos membros fundadores da ONU desde 1945, o Brasil tem um compromisso ético e moral pactuado junto à comunidade internacional na disponibilização dos direitos compreendidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (SILVA, 2003).

Convencionou-se no Brasil designar determinadas doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, como “endemias”, “grandes endemias” ou “endemias rurais”. Essas doenças foram e são, a malária, a febre amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filarioses, a peste, a doença de Chagas, além do tracoma, da boubá, do bócio endêmico e de algumas helmintíases intestinais, principalmente a ancilostomíase (PESSOA, 1950, p.44).

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi um marco onde firmou a proteção universal dos Direitos Humanos (FRANÇA, 2016). Este tema foi inspiração

para inserção em textos constitucionais de diferentes Estados, promovendo então o surgimento de um sistema de normas de proteção

Silva (2003), relata que várias medidas de intervenção ambiental foram estabelecidas junto a saúde pública brasileira antes da República, tanto no âmbito urbano quanto no rural. No despontar do século XX aumentaram estudos sobre a origem das doenças endêmicas brasileiras, como estudos sobre a leishmaniose cutânea, a blatomicose sul-americana e a doença de Chagas.

O Brasil tornou-se um braço sanitário internacional dos EUA com o fim da I Guerra Mundial, atuando nos planos da Fundação Rockefeller. Dessa forma, a Fundação teve grande influência na construção do pensamento sanitário brasileiro até a década de 60. Carlos Chagas, Geraldo H. de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, foram os três médicos brasileiros que receberam bolsa de estudos na escola de saúde pública da universidade Johns Hopkins (BENCHIMOL, 2001; CAMPOS, 2002).

Com o advento da II Guerra Mundial surgiu uma nova ordem demarcando a concepção de que as doenças endêmicas poderiam ser controladas e até mesmo erradicadas. Sanitaristas norte-americanos realizaram estudos durante a guerra e entenderam que o controle dessas doenças poderia ser uma vantagem para angariar aliados durante a guerra fria. "As ações de controle de endemias foram perdendo sua importância na lógica oficial, ainda que fossem mantidas, mas não mais com a prioridade dada no início da década de 1950" (SILVA, 2003, p. 46).

Já na década de 60, o Governo brasileiro voltou-se ao desenvolvimento de indústrias de base e de infraestrutura, focando-se na atenção médico-hospitalar em detrimento da população urbana em crescimento devido a industrialização resultante do Governo Juscelino Kubitschek (JK). Com isso a dívida externa teve uma alta decorrente dos empréstimos feitos para modernização do Brasil, apresentou queda na produção interna, ocasionando baixa dos salários, desemprego e inflação (CANO, 2015).

Em 1965, com a unificação dos IAPs o Instituto Nacional da Previdência Social foi criado, concretizando um modelo hospitalocêntrico e centralizado no médico. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), tornando-se o órgão oficial prestador da assistência médica (REIS et al., 2019).

Em 1982, foi implementado o denominado Ações Integradas de Saúde (AIS) com foco na atenção primária, vislumbrada como porta de entrada do sistema através dos ambulatorios.

A história das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las. Torna-se necessário relacionar no tempo essa construção. No plano político, a experiência de regimes autoritários marcaria por longos períodos os países latino-americanos. De 1964 a 1985, viveu o Brasil sob a égide de governos militares, que implementaram um modelo de Estado altamente centralizado, além de planos de desenvolvimento que trariam impacto significativo para a estrutura econômica e social do país (SOUZA, 2014, p. 11).

Reis et al., (2019), apontam que os movimentos sindicais e universidades tiveram participação primordial no Movimento Sanitário. Em 1976, com o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) fortaleceram a Reforma Sanitária no Brasil. E na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986, esse movimento foi consolidado.

Após aprovação da “Constituição Cidadã” em 1988, o qual estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Com isso o custeio do Sistema de saúde passa a ser de recursos governamentais da União, estados e municípios, e os atos governamentais submetidos a órgãos colegiados oficiais, aos Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 2000).

### **2.2.2 Conceito de Saúde**

De acordo com Reis et al., (2019), o conceito de saúde, instituído em 1946 e efetivada em 1948 na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde é: “um estado de bem-estar-físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Nesse sentido, vê-se uma evolução em detrimento à multidimensionalidade, uma vez que compreende a saúde que sobressai o aspecto biológico e agrega a dimensão mental e social.

O instrumento internacional de maior relevância de proteção do direito à saúde é a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovada em 1946, Tratado Internacional assinado pelo Brasil, o qual orienta a atuação de todos os Estados

Partes para a melhoria das condições de saúde em seus territórios e no mundo (REIS et al., 2019).

Reis et al., (2019), aponto que após o Tratado Internacional com a OMS, veio o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assinado em 1966 pelo Brasil e posteriormente ratificado pelo Congresso Nacional em 1992. Com esse Pacto, os Estados Partes reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. Vale salientar que todos os dispositivos do Pacto foram detalhados por instrumento normativo internacional aprovados pela Organização Mundial de Saúde.

De acordo com a linha do tempo proposta por Reis et al., (2019), relata que a Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, foi aprovada a Declaração de Alma-Ata, apresentando os primeiros consensos globais sobre promoção da Saúde como elemento essencial das políticas de saúde desenvolvidas pelos governos dos Estados.

E, em 1988 foi aprovada:

[...] a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 2000).

Dessa maneira, faz saber a relevância que a Constituição Federal por ser um marco na democracia brasileira porque determinou a proteção de diversos direitos e garantias fundamentais.

### **2.2.3 Constituição Federal de 1988**

Sendo marco da redemocratização no Brasil, a Constituição Federal de 1988, apresentou garantias fundamentais a todo o cidadão, constituindo a Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado. A base do sistema de saúde brasileiro é encontrada na Constituição, no Título VIII da Ordem Social que compreende em sua

teoria quanto a Seguridade Social, o conjunto de atos inerentes dos poderes públicos e da sociedade com o intuito de garantir os direitos voltados à saúde, à previdência e à assistência social, constatados no artigo 194 (BRASIL, 2000).

Já no artigo 196, a Constituição Brasileira de 1988, afirma de modo integral:

Art. 196. 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, 2000).

O artigo 196, abrange a relação direito e dever, a saúde como consequência de políticas sociais e econômicas e o acesso universal e igualitário.

#### **2.2.4 Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios e diretrizes**

A principal política de saúde brasileira é o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi criado em 19 de setembro 1990, através da Lei nº 8.080 que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes" (BRASIL, 1990). Define-se como uma política de Estado, composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal, onde cada um dos entes tem suas responsabilidades.

A organização da Atenção Básica e o desenvolvimento e organização da rede de serviços públicos foram consolidados nas gestões locais pelas mudanças propostas pela NOB-SUS 01/96, seguida da NOB-93 e NOB-96, fazendo com que a regionalização tornasse o foco principal nos debates do final da década de 90 (SOUZA, 2014). Em 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, onde o processo de regionalização do SUS teve maior destaque (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde e a adesão dos gestores ao Pacto foi instituído em 2006, e assinado um termo de compromisso entre os gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

- No Pacto pela vida temos seis prioridades: Saúde do Idoso; Controle do Câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes

e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e por fim Fortalecimento da Atenção Básica.

- O Pacto em defesa do SUS, tem como diretrizes retomar a Reforma Sanitária com discussões focadas nos desafios atuais do SUS; promover a saúde como direito e garantia do financiamento conforme necessidades do sistema.

- O Pacto de Gestão trata da Regionalização; qualificar o processo de descentralização e ações de planejamento e programação e proceder a mudanças no financiamento (BRASIL, 2002).

Considerado como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Segundo Matta (2007), a criação do SUS e sua consequente regulamentação, ficaram claros conceitualmente os seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Na sequência, segue o trecho do texto constitucional sobre os princípios e diretrizes e da Lei 8.080, a lei orgânica da saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade.

[...]

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2000).

Matta (2007), aborda que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), integram as bases para o desempenho da organização do sistema de saúde no Brasil. A rede que compõe o SUS é ampla e compreende tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

No próximo item será discutido sobre a atenção à saúde no Brasil.

### **2.2.5 Atenção à saúde no Brasil**

Quanto a organização dos serviços de saúde no âmbito da provisão ambulatorial e hospitalar, é visível os três conjuntos de ações e serviços institucionais elencados ao

SUS, mas com baixa articulação gerencial e coordenação clínica, mas organizados por níveis de complexidade: a atenção primária (ou básica), formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia de saúde da família (ESF) e as unidades básicas de saúde (UBS) e ambulatórios hospitalares; a média complexidade (secundária) formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade (terciária) de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras) (OUVERNEY e NORONHA, 2013). Esses três níveis devem estar articulados entre si.

Para Ouverney e Noronha (2013, p. 161-162):

De forma geral, esses três subsistemas de provisão correspondem a configurações específicas de estruturas de oferta (mix público privado), densidade tecnológica dos fatores de produção, responsabilidade territorial, formas de acesso e alocação de recursos financeiros e modalidades de pagamento a unidades prestadoras.

Em cada um desses três grandes conjuntos, a distribuição territorial da oferta possui uma configuração específica, mas compartilha características como a expressiva concentração nas capitais de estado e a significativa desigualdade ao longo do território nacional. Desde as primeiras décadas do século XX, quando o país iniciou seu processo de industrialização, dois fatores têm sido responsáveis por gerar impulsos que têm formado esse padrão de distribuição.

Starfield (2002) define Atenção Primária de Saúde (APS) como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde (o acesso), que somado a longitudinalidade, integralidade e coordenação, conformam os atributos essenciais da APS. A ideia de atenção ao primeiro contato tem a intenção de transmitir que um sistema de saúde organizado a partir da Atenção Primária aplica-se um ponto de entrada (porta de entrada) acessível a cada pessoa que busca pelo cuidado. Dessa forma, Starfield (2002) aborda que os cidadãos que recorrem a um profissional competente a oferecer o cuidado necessário, que avalia a condição e a gravidade do problema, e inclusive, identifica se há demanda de um atendimento mais especializado. Assim, as pessoas que receberem atenção ao primeiro contato terão alta probabilidade de apresentar resultados precisos.

A política de saúde tem como uma de suas principais diretrizes a centralidade na Atenção Primária em Saúde e dentro desta, a Estratégia de Saúde da Família, implantada nos anos de 1990.

Tem-se que a Estratégia de Saúde da Família:

[...] visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a pretensão de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros (BRASIL, 2012). Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Giovanella e Mendonça (2012) apontam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada como o principal caminho para o alcance desses atributos e fortalecimento da APS.

Com o relevante desenvolvimento da abrangência da ESF nos últimos anos acendeu a crescente oferta de ações e serviços tangenciando impactos positivos para a população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Já o nível secundário inclui atividades que necessitam de profissionais especializados e equipamentos de alta tecnologia, sendo desenvolvidos em centros de saúde, policlínicas e hospitais de pequeno porte. E dessa forma, a rede secundária oferta serviços menos extensos, comparados aos serviços primários. A atenção terciária é aquela que exige profissionais altamente especializados e muitos equipamentos de alta complexidade, geralmente bastante caros; é ofertada em grandes hospitais (BLEICHER E BLEICHER, 2016).

Bleicher e Bleicher (2016), apontam que como resultado, o sistema poderia ser representado por uma pirâmide em que sua base é representada pela atenção primária, o meio representando a atenção secundária e o topo representando a atenção terciária. Sendo assim, se tiver uma base (atenção primária) bem estruturada, menos demanda surgirá para a atenção secundária e terciária.

No próximo item será trabalhado a metodologia, ou seja, será exposto o caminho percorrido para realização da pesquisa, apontando o tipo de pesquisa e abordagem utilizada para o tratamento dos dados.



### 3 METODOLOGIA

O referido estudo tem como objetivo geral identificar de que forma o Assistente Social pode contribuir com os serviços prestados no âmbito da Atenção Primária.

Minayo (1996, p. 22), conceitua metodologia como:

O caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas.

Pesquisa é “a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. [...] fazendo uma combinação entre teoria e dados” (Minayo, 1996, p. 23).

Gil (2002, p. 17), apresenta a definição de pesquisa como:

[...] o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

A metodologia adotada neste referido estudo é a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, pois procurou discutir, conhecer, analisar e explicar um assunto, um tema, um problema e uma hipótese baseando-se em referências publicadas em livros, artigos, jornais, periódicos, anais de congressos, entre outros meios informativos, mediante trabalhos publicados nos últimos dez anos, com a finalidade de apresentar um estudo contextualizado e atual (GIL, 2002).

“A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente – análise teórica – ou como parte indispensável de qualquer trabalho científico, visando à construção da plataforma teórica do estudo” (MARTINS; THEÓPHILO, 2007, p. 54).

Em relação à pesquisa bibliográfica, Minayo (2010) aponta que esta função é do pesquisador, pois, uma vez definido o objeto, deve-se fazer uma vasta pesquisa com o intuito de projetar luz e possibilitar um maior entendimento da realidade empírica.

A pesquisa bibliográfica pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abarcar, pelo menos, os estudos clássicos quanto ao objeto em questão e com estudos mais atualizados referente ao tema proposto (LIMA; MIOTO, 2010).

Segundo Lima e Miotto (2010, p. 42-43), o nível de abrangência dessa revisão precisa ser descrito no desenho metodológico da investigação. Sendo assim, definido com algumas condições:

- a) Vasta bibliografia situando o objeto na busca de diferentes pontos de vista, diversos ângulos do problema permitindo criar definições, conexões e mediações;
- b) Apropriar-se do que foi pesquisado, elaborando um entendimento do ponto de vista do autor, e assim, preparar uma abordagem crítica. Deve-se testar as teses, as categorias centrais, os conceitos e as noções e a forma que isso harmoniza-se no discurso do autor. Realizar destaques dos pressupostos teóricos e razões práticas retiradas do material pesquisado;
- c) É imprescindível que o material de consulta se caracterize como operacional. Realizar o fichamento, o qual é feito todas as leituras, em seguida, classificadas e ordenadas, como: fichamento bibliográfico, fichamento por assunto, fichamento por temas e fichamento de citações.

Minayo (2010) estabelece ainda um caminho para a construção do projeto de pesquisa, com a finalidade de que o pesquisador organize seu discurso teórico, sendo: definição do objeto, justificativa, objetivos, metas, marco teórico conceitual, marco metodológico, cronograma da pesquisa, orçamento e referências.

Por se tratar de uma pesquisa é bibliográfica, a coleta dos dados foi realizada na literatura, que direta ou indiretamente, trata do assunto: livros, artigos, anais de congresso, teses, dissertações, jornais, internet, dentre outros.

Segundo Lima e Miotto (2007, p. 41), os critérios que delimitam as leituras são:

- a) o **parâmetro temático** - as obras relacionadas ao objeto de estudo, de acordo com os temas que lhe são correlatos;
- b) o **parâmetro linguístico** - obras nos idiomas português, inglês, espanhol, etc.;
- c) as **principais fontes** que se pretende consultar - livros, periódicos, teses, dissertações, coletâneas de textos, etc.;
- d) o **parâmetro cronológico** de publicação - para seleção das obras que comporão o universo a ser pesquisado, definindo o período a ser pesquisado.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica com a aplicação de estratégia de busca a artigos científicos selecionados com base em consulta às

bases de dados Literatura Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Este trabalho não tem a pretensão de obter dados mensuráveis quantitativamente, pois utilizará a abordagem qualitativa com a finalidade de aprofundar o tema objeto dessa pesquisa.

Para Minayo (1996), a abordagem qualitativa fundamenta-se no entendimento e na perspectiva dos fenômenos pelo viés de suas representações, crenças, opiniões, percepções, atitudes e valores.

Para a seleção dos artigos, inicialmente foi realizada a triagem dos títulos relacionados ao tema em questão. Essa seleção foi baseada nos títulos que abordem a ideia principal: objeto desse trabalho. Ao final da busca, foram excluídos os títulos repetidos, já que esta será realizada em diversas bases de dados. Em seguida, foi realizada a leitura detalhada dos resumos dos artigos a fim de selecionar aqueles que abordem o tema. Foram excluídos os resumos que não versaram sobre o tema, os textos completos foram avaliados e os que não se enquadraram nos critérios de exclusão foram inclusos como resultado final da busca.

Os objetivos da investigação somente são alcançados com a coleta, o tratamento e, posteriormente, com a interpretação dos dados, buscando assegurar com isso a correlação entre objetivos e formas de atingi-los (VERGARA, 2013).

Vale ressaltar que o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi realizado de acordo com as orientações da instituição Centro Universitário Salesiano (UniSales), e o mesmo contemplou todos os requisitos solicitados para o entendimento do presente estudo.



## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

O objetivo geral desse estudo foi identificar de que forma o assistente social pode contribuir com os serviços prestados no âmbito da atenção primária.

Para a coleta dos dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica no Google, foi utilizado sites como Scientific Electronic Library Online (SciELO), site do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) não encontrando nenhum resultado referente a contribuição do assistente social no âmbito da atenção primária. Diante disso foi utilizado o livro “A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde” de Ana Maria de Vasconcelos para levantamento dos dados.

Consideramos importante analisar os dados a partir de 3 (três) categorias.

### CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em relação as contribuições do assistente social na atenção primária Vasconcelos (2007, p. 183) aponta:

- Facilitação, resolução, orientação e ou encaminhamento internos e externos, de problemas criados para a instituição e usuários, pelos entraves decorrentes da escassez / qualidade dos recursos materiais / humanos e serviços para a quantidade de demanda e da forma que a rotina da unidade de saúde é organizada.
  - Orientação de quadro clínico,
  - Viabilização e/ou repasse de recursos materiais (medicamentos, órteses e próteses, alimentos, métodos contraceptivos, enxoval de gestante, passagens...).
  - Aconselhamento e mediação de conflitos institucionais e/ou familiares.
  - Localização, controle, orientação, aconselhamento e encaminhamento do usuário no interior da unidade de saúde.
- [...]
- Educação em saúde, prevenção, promoção da saúde e controle de agravos nos programas: Mulher (obstetria, planejamento familiar, controle de câncer de mama / cérvico, uterino), Pediatria (controle de infecções respiratórias, desnutrição, acidentes domésticos e incentivo ao aleitamento materno), DST/HIV e Aids, Adolescente (educação sexual em grupos e nas escolas próximas [...]) Diabetes, Hipertensão, Idosos, Tuberculose e Hanseníase.
  - Dependência química.
  - Coordenação de Programas.
  - Coordenação de Unidade [...].

## ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em relação as atribuições dos assistentes sociais na atenção primária Vasconcelos (2007, p. 194) elenca:

- Atendimento individual no plantão.
- Repasse/distribuição de preservativos e método anticoncepcional, medicamentos, alimentos.
- Palestras, reuniões nos Programas semanal/mensal.
- Atendimento individual a demanda espontânea dos programas.
- Ficha Social.
- Entrevista para inscrição nos programas.
- Administração da Unidade/Programas.
- Contatos com profissionais dos Programas.
- Contatos telefônicos para levantamento de recursos, encaminhamento e/ou contatos com familiares.

Uma das atribuições de maior perspectiva segundo o estudo pressupõe o atendimento individual no plantão no âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos direitos, pela negação da liberdade e extravio da igualdade” (SANTOS, 2008).

Os instrumentos de trabalho do Assistente Social se configuram como de grande importância deste se destacando a ficha social para o desenvolvimento da prática profissional. A instrumentalidade possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (Guerra, 2000).

Neste contexto, podemos destacar o encaminhamento para o contato com outros profissionais sugerindo assim o CRAS.

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio socio-familiar e comunitário”. Entre suas atribuições, destacamos o acesso à informação e orientação para a população de sua área de abrangência, mapeamento e a organização da rede sócio-assistencial, inserção das famílias nos serviços (PNAS, 2004)..

## DESAFIOS/LIMITES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Já os desafios/limites da atuação profissional dos Assistentes Sociais na atenção primária Vasconcelos (2007, p. 414-447) aponta no quadro abaixo.

Quadro 1 – Desafios/limites

Participação nos Conselhos de Saúde	A maioria dos assistentes sociais demonstra distanciamento em relação aos Conselhos de Saúde, como a demanda pela participação.
Captar na realidade trabalhada as possibilidades de redirecionar ações	Há que se identificar na realidade social e na prática profissional indicadores que explicitem não só a participação dos assistentes sociais – e dos trabalhadores sociais na saúde – na normatização das condições de vida de frações da classe trabalhadora [...] e conseqüentemente, na exclusão dos benefícios
Perda de espaços tradicionais de trabalho e a não ocupação de novos espaços que novas demandas deixam explicitados	Deste modo a tão sonhada humanização das relações sociais, fica restrita a humanização do instante, do momento vivenciado com as pessoas, a humanização do aqui e agora, que por outro lado se exprime o respeito ao usuário naquele instante
Obter dados para criar e fortalecer estratégias e alternativas que respondam aos interesses dos usuários	Ao seguir à risca os critérios e demandas institucionais, faz com que a ação profissional contribui para excluir, estigmatizar, rotular mais ainda que os próprios critérios seletivos, excludentes e focalistas da política de saúde.
Atender a tudo o que é dirigido ao Serviço Social	Viabilizam a inserção dos usuários na rotina excludente e punitiva da instituição; realizam encaminhamentos aos recursos institucionais ignorando os organismos de representação dos usuários [...] a partir de ações predominantemente individualizadas, desenvolvem um trabalho sufocante [...]

Não tem conhecimento mais profundo da população usuária da unidade de saúde	Têm um conhecimento e uma avaliação superficiais da política de saúde, geral e específica do seu município, não conhecem e, conseqüentemente, não valorizam e nem mantêm contato com os órgãos de representação dos usuários [...]
Superação de práticas humanitárias	Que tomam por parâmetro a bondade, a clemência, a compaixão, a caridade, a benevolência, a abnegação, na direção do acesso a saúde como um direito social, são essenciais não só o investimento na capacitação dos profissionais, mas também, o resgate da reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil.
Número de atendimentos produzidos	O registro de dados pelos profissionais de saúde objetiva demonstrar somente ao número de atendimentos produzidos dificilmente pode responder pelo “mapeamento do território”

Fonte: adaptado de Vasconcelos Ana Maria, 2007, p. 414-447.

É importante considerar que a partir da participação de assistentes sociais nos diversos conselhos, a profissão ganha visibilidade e maior significância para o fortalecimento e a consolidação. Ainda de acordo com Bravo (2011), os assistentes sociais podem ter uma dupla inserção nos espaços dos conselhos: uma essencialmente política, quando participam enquanto conselheiros, e outra que caracteriza um novo espaço sócio ocupacional, quando desenvolvem ações de assessoria aos conselhos ou alguns de seus segmentos (usuários, trabalhadores e poder público).

Neste contexto de perda de espaços tradicionais de trabalho e a não ocupação de novos espaços que novas demandas deixam explicitados.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, essa política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, que envolve aspectos amplos e vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CFESS, 2009. p. 30).

Sendo assim, o estímulo à realização de capacitações voltadas para melhorar a comunicação em saúde de forma a desenvolver capacidades para se conceber e

implantar iniciativas de humanização como medida estratégica para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários (COSTA, 2012).

No próximo item será trabalhada as considerações finais do trabalho.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos selecionados revelou que o trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da atenção primária está posto na estratégia da política pública de saúde, concomitantemente em que subsiste a vários desafios postos pela forma de atuação desse profissional.

O estudo bibliográfico evidenciou e possibilitou a compreensão de que há poucas obras específicas do serviço social referente ao fazer profissional do assistente social na atenção primária. Dessa forma, ocasionou inquietude diante da defasagem de materiais na literatura que aprofundem as discussões sobre o processo de trabalho desse profissional. Viu-se ainda a importância de elucidar mais a temática com o objetivo de contribuir para os demais profissionais dessa mesma área de atuação, assim como, para estudantes e pesquisadores da área, a visibilidade da relevância do trabalho na esfera da atenção primária de saúde.

Por conseguinte, diante do que Iamamoto (1999) nos desperta em suas palavras que o desafio da atuação profissional se apresenta de forma propositiva e não apenas executiva. De mesmo modo, é essencial entender a realidade e propor diferentes ideais de trabalho criativo, capaz de manter-se efetivo diante de demandas advindas no cotidiano. Por isso, se faz necessário uma prática profissional embasada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo a fim de que o profissional disponha de um olhar crítico para lidar com a realidade, fomentando estratégias criativas e diferenciadas no campo da atenção primária.

Destarte, tem-se a pretensão de prosseguir pesquisando sobre essa realidade social, com o intuito de fortalecer a relevância da atuação do assistente social para assegurar aos usuários dos serviços de saúde pública o acesso integral à saúde, conforme recomendado pela política do Sistema Único de Saúde (SUS).



## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. - Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1.

BASTOS, A. V. B.; ZANELLI, J. C. **Inserção Profissional do Psicólogo em Organizações de Trabalho**. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, BASTOS & COLS Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BATICH, Mariana. **Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada**. São Paulo em Perspectiva [online]. 2004, v. 18, n. 3, pp. 33-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>>. Epub 22 Jul 2005. ISSN 1806-9452. Acesso em: 14 jun. 2022.

BENCHIMOL, J. L. (coord). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.

BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. **Esse tal de SUS. In: Saúde para todos, já!** [online]. 3ª ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. ISBN 978-85-232-2005-1. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>>. Acesso em: 18 Ago. 2022.

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

BRAVO, Maria Inês. Potencialização das Representações do Conjunto CFESS/CRESS nos Conselhos de Políticas e de Direitos. Seminário Nacional “O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito”. Brasília: CFESS, 2011.

CAMPOS, C. **São Paulo pela lente da higiene: As propostas de Geraldo Horácio de Paula Sousa para a cidade" (1925-1945).** São Paulo: RiMa/Fapesp. 2002.

CANO, WILSON. **Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento.** Revista de Economia Política [online]. 2015, v. 35, n. 3, pp. 444-460. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-31572015v35n03a04>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE - CEBES. A questão democrática na área de saúde. **Saude em Debate**, v.9, p.11-3, 1980.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde: Série: Trabalho e Projetos nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: . Acesso em: 06 jun. 2017.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org.) Serviço Social e Saúde. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 maio 2017.

CRITELLI, D. **O trabalho e o sentido da vida.** Folha de São Paulo. São Paulo, 2 mar. 2006. Folha equilíbrio, p. 2.

CUNHA, C. M. S. L. M.; HENRIQUES, M. A. P.; COSTA, A. C. J. S. Public health nursing: regulation and public health policies. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo: FapUNIFESP, v. 73, n. 6, p. 1-6, set. 2020.

DELECRODE, José Antônio. **Ações intersetoriais de psicólogos nas políticas públicas de saúde e assistência social de Presidente Kennedy – ES.** Dissertação de mestrado. 2020. Disponível em: <<https://emescam.br/wp-content/uploads/2021/03/Dissertacao-final-JOSE-ANTONIO-DELECRODE-12.02.2021.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2022.

FRANÇA, J. L. Kant e a Concepção Contemporânea de Direitos Humanos: Conquistas e Desafios à Teoria Geral dos Direitos Humanos. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, Unijuí, Ano 4, n. 7, p.4-23, jan./jun. 2016.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2012. p. 493-546.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social. IN: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais- Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta Continuada à distância, 2000

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Ver. Katál. Florianópolis, v. 10 n. esp. 37-45. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?format=pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos.** Serviço Social & Sociedade [online]. 2011, n. 107. pp. 497-508. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MARTINS, G., Theóphilo, C. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** 3. ed. São Paulo: Atlas. 2016.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1996.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: a história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Sociedade, 3(2),1994: 5-21.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.880-894, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. In: conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** 1979. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

OERVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PESSOA, S. B. **Problemas brasileiros de higiene rural.** São Paulo: Renascença. 1950.

Política Nacional de Assistência Social – **PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004

SANTOS, Silvana Mara de Moraes. Direitos, desigualdade e Diversidade. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 44-47, jan. 2003.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, São Paulo: FapUNIFESP, v. 18, n. 3, p. 1-12, ago. 2020.

SOUZA, M. F. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v.8, n.1, p.11-16, mar. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VÁZQUEZ, Daniel; DELAPLACE, Domitille. **Políticas Públicas na perspectiva de Direitos Humanos: um campo em construção.** Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos, v.8, n.14, p. 35-65, 2011.