

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Sabrina Neves de Menezes

**Reflexões sobre o exercício profissional em Serviço Social na Atenção
Primária à Saúde (APS) no município de Florianópolis/SC**

Florianópolis

2022

Sabrina Neves de Menezes

**Reflexões sobre o exercício profissional em Serviço Social na Atenção
Primária à Saúde (APS) no município de Florianópolis/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Serviço Social do Centro ou Sócioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Marisa Camargo

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Menezes, Sabrina Neves de

Reflexões sobre o exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Florianópolis/SC / Sabrina Neves de Menezes ; orientador, Marisa Camargo, 2022.

81 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

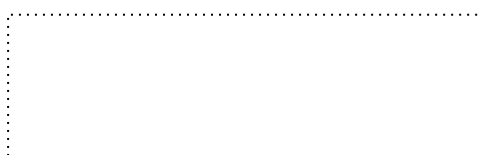
1. Serviço Social. 2. serviço social. 3. exercício profissional. 4. atenção primária à saúde. I. Camargo, Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Sabrina Neves de Menezes

Reflexões sobre o exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Florianópolis/SC

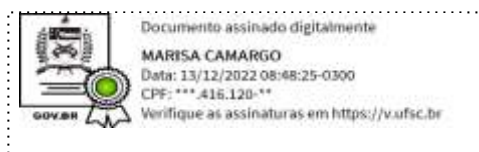
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de bacharela e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 12 de dezembro de 2022.



Prof.(a) Dr.(a) Heloísa Teles
Coordenação do Curso

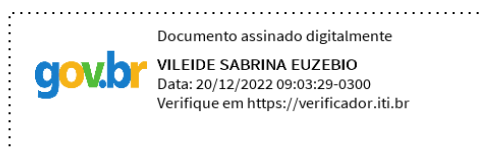
Banca examinadora



Prof.(a) Dr.(a) Marisa Camargo
Orientador(a)



Prof.(a) Dr.(a) Michelly Laurita Wiese
Departamento de Serviço Social -
UFSC



Vileide Sabrina Euzébio
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Florianópolis, 2022

Aos meus pais: seu Zé (in memoriam) e dona Ana, que mesmo tolidos do direito à educação, nunca duvidaram que esse seria o melhor caminho.

AGRADECIMENTOS

“Não quero nem saber! Nos agradecimentos, vou escrever quantas páginas eu quiser!”, repeti ao longo de vários meses. Pois bem. Uma parte deste trabalho em que não preciso me preocupar com as normas ABNT...

Agradeço a Deus, ao universo, a todas as divindades, forças e energias não terrenas que me sustentaram de alguma forma. E, que por muitas vezes, me fizeram seguir. Desistir nunca foi uma opção, mas nos momentos de exaustão, cansaço e autosabotagem, tenho certeza que algo maior me sustentou.

Agradeço ao seu Zé e Dona Ana, meus queridos pais que me colocaram no mundo e me deram bons mapas e direções. “Estuda para ser alguém na vida! Nós não tivemos essa oportunidade!” Cresci ouvindo isso, e mais velha, entendi que todos somos alguém na vida, independente de diploma, profissão ou dinheiro... E eles, alguém que tanto admiro, com um valor imensurável para todos que os cercam e para o mundo: sempre me ensinaram com palavras e atitudes, que dinheiro não compra caráter, e, definitivamente, não é o bem mais valioso que podemos usufruir. Meu pai, seu Zé, falecido uma semana antes da apresentação deste trabalho, quem tanto queria me ver formada... quem pediu para que eu seguisse aqui, finalizando os ciclos... meu eterno amor, minha eterna saudade.

Bruna, minha amiga, irmã... quem eu escolhi e escolho como família! Palavras se tornam pequenas para descrever a sua importância na minha vida... A você, e aos pequenos Antônio e Maitê, meu abraço mais acolhedor e meu carinho mais genuíno.

Ao grupinho problemático, juntas na graduação: Ana Cláudia, Fabi, Laíne e Cynthia, fontes inesgotáveis de apoio dentro e fora da sala de aula, que nos momentos mais desesperadores, foram fortaleza, e nos momentos mais leves, ótimas gargalhadas. ESTAMOS CONSEGUINDO!

Bruna e Ju, que me abriram as portas de suas casas e para quem eu abri as minhas, e sempre com muito amor, apoio e cuidado, estiveram ao meu lado. A tantas outras MULHERES com quem compartilhei sala de aula e além dela, que fizeram parte dessa trajetória, com quem eu aprendi muito... meu muito obrigada!

Marisa, minha professora e orientadora desde o tempo enquanto bolsista PIBIC. Quem me deu tanta força, acreditou tanto em mim, foi tão respeitosa com os meus processos, com o meu tempo, principalmente nos meses desenvolvendo o TCC

e nos últimos dias de entrega... Uma professora com quem todos demais deveriam aprender, principalmente sobre empatia, respeito e cuidado. Minha admiração por você ultrapassa a sala de aula, a UFSC e o profissional!

Vileide, minha supervisora de estágio por quase 1 ano e meio na UBS do Monte Cristo. GRATIDÃO pela paciência, compreensão, apoio, incentivo, por todas as trocas e ensinamentos. Te admiro e te tenho como referência!

Emmily e Morgana. Minhas eternas “residentes lá do postinho”. Vocês também são as minhas referências. Aprendi e aprendo muito com vocês. E, Morgana, eu te amo! Obrigada pela amizade que construímos para além.

Ao postinho de saúde do Monte Cristo, que me recebeu por mais de um ano: obrigada profissionais, usuários e usuárias, pelas portas abertas, e por cada “sim” que eu recebi quando perguntava se poderia acompanhar os atendimentos e as atividades.

Aproveito para lembrar de outras assistentes sociais que fizeram a diferença na minha vida nos diferentes espaços pelos quais eu passei antes e durante a graduação, sobretudo no HU da UFSC. É impossível colocar em palavras a contribuição de vocês na minha vida e na escolha do Serviço Social enquanto graduação e profissão.

Fernanda Di Paula Martins, esse furacão que chegou somando com o melhor de mim mas que também acolheu e acolhe o que “não é tão melhor assim”. Incontáveis as cervejas e as danças juntas. Incontáveis também os momentos de conforto no silêncio, as conversas sobre o mundo, os diálogos sobre cada uma e sobre nós. O seu carinho, apoio e incentivo, principalmente na semana para finalizar esse TCC, estão no meu coração. Sua coragem me inspira! Que possamos dançar tranquilas pelo mundo! Agradeço também a Suedy, Paulinho, Carol, Aurora, Ana Karla, padrinho e madrinha... a todas e todos da sua família por me abrirem as portas e pelas palavras e atitudes de incentivo.

Lari e Gabi, amigas que eu fiz por intermédio do trabalho. As benditas 9h diárias na frente de um computador, os incontáveis finais de semana em uma loja... vocês deixaram tudo mais leve. E que bom que a nossa amizade e convívio permanecem fora desses ambientes.

Yahya, Tati, Jô, obrigada pelas trocas durante as muitas horas de trabalho e dores nas pernas juntas. Vocês me ajudaram de formas que nem imaginam!

Minhas eternas amigas do Rio: Isa, Laura, Gabi e suas famílias. Pela permanência, pelo carinho, por me conhecerem tão bem. Por todo acolhimento e respeito!

Agradeço também a banca, que é mais do que esse momento. São profissionais com quem eu estive em outras oportunidades e compartilharam muito conhecimento, com muita dedicação e humildade. Obrigada por fazerem parte do encerramento desse ciclo!

Por fim, sinto pelos que a minha cabeça não corrida não permitiu contemplar aqui... deixo o meu carinho e o meu **MUITO OBRIGADA!**

São coisas pequeninas,
Não acabam com a pobreza,

Não nos tiram do subdesenvolvimento,
Não socializam os meios de produção e de troca,
Não expropriam as cavernas de Ali Babá.

Mas quiçá desencadeiem a alegria do fazer
E a traduzam em ações.

Pois, no fim das contas, agir sobre a realidade
E mudá-la, mesmo que seja um pouquinho,
É a única maneira de provar
Que ela pode ser transformada.

(Eduardo Galeano, 1990)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) consiste no esforço de compreender como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Florianópolis/SC. Partimos da compreensão de exercício profissional a partir das categorias “trabalho” e “ação profissional”, além do mesmo ser delimitado pela condição de assalariado das (os) assistentes sociais e pela direção dada pelo Estado frente às políticas sociais. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa e fundamentado na teoria social crítica e no método crítico dialético e a metodologia adotada baseou-se na pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo das dezesseis (16) produções teóricas encontrados na página de buscas “Google Acadêmico” a partir dos descritores “serviço social e atenção básica florianópolis”, “serviço social e atenção primária florianópolis” e “serviço social e NASF florianópolis”. Em um primeiro momento, foi traçado o desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil, trazendo também as particularidades da Atenção Primária à Saúde (APS), até os dias atuais. Em um segundo momento, foram sistematizados os dados coletados pela pesquisa bibliográfica, a qual revelou uma intrínseca relação entre ações profissionais, condições e relações de trabalho e desafios para o exercício profissional no município. Ainda que em menor expressão, potencialidades também foram elencadas, revelando, assim, tensionamentos e disputas para manutenção das (os) assistentes sociais neste espaço.

Palavras-chave: serviço social; exercício profissional; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The final paper (TCC) consists of an effort to understand how professional practice in Social Work in Primary Health Care (PHC) has been shaping up in the city of Florianópolis/SC. We start from the understanding of professional practice from the categories “work” and “professional action”, in addition to being delimited by the condition of salaried social workers and by the direction given by the State regarding social policies. This is an exploratory study, with a qualitative approach and based on critical social theory and the dialectical critical method, and the adopted methodology was based on bibliographical research and content analysis of the sixteen (16) theoretical productions found on the “Google” search pages. Academic” based on the descriptors “social work and primary care Florianópolis”, “social work and primary care Florianópolis” and “social work and NASF florianópolis”. At first, the historical development of health policies in Brazil was traced, also bringing the particularities of Primary Health Care (PHC) to the present day. In a second moment, the data collected through the bibliographic research were systematized, which revealed an intrinsic relationship between professional actions, working conditions and relationships, and challenges for professional practice in the municipality. Although to a lesser extent, potentialities were also listed, thus revealing tensions and disputes for the maintenance of social workers in this space.

Keywords: social work; professional practice; primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produções teóricas encontradas na página de buscas “Google Acadêmico”	45
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AB – Atenção Básica
ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
APS - Atenção Primária em Saúde
BM - Banco Mundial
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF – Constituição Federal
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CLS - Conselhos Locais de Saúde
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
DS - Distritos Sanitários
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FMI - Fundo Monetário
HU – Hospital Universitário
IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do SUAS
ONG - Organizações Não Governamentais
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações Sociais de Interesse Público
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI - Serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PMAPS - Política Municipal de Atenção Primária em Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PREMULTISF - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SEPREDI - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência,
Idosas e Suas Famílias
SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUDS - Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	A SAÚDE PÚBLICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO	17
2.1	NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA	17
2.2	A SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI	27
2.3	PARTICULARIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
3	EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC.....	40
3.1	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	44
3.2	AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS.....	48
3.3	CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS.....	55
3.4	DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL.....	63
4	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está vinculada ao interesse da autora pela área da saúde, por questões de ordem pessoal, desde antes do ingresso no curso de graduação em Serviço Social, Entretanto, pensava-se em uma atuação em hospitais. Em semestres mais avançados, a aproximação com disciplinas específicas trouxe o conhecimento acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) e despertou o interesse da autora pelas discussões referentes. O interesse ganhou materialidade com a inserção da autora em estágio supervisionado obrigatório na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Monte Cristo – Florianópolis/SC, desenvolvido de junho de 2021 a agosto de 2022, acompanhando o trabalho da assistente social supervisora junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹. Posteriormente, a inserção da autora em projeto de Iniciação Científica junto ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) sobre o exercício profissional em Serviço Social despertou interesse sobre os desafios e possibilidades a partir do cotidiano da profissão.

Em um primeiro momento, ainda que de forma breve, é necessário demarcar que o enfrentamento das expressões da questão social² passam pelas políticas sociais. A partir de autores como Paiva e Ouriques (2005), Behring e Boschetti (2011) é possível afirmar que estas são constituídas em uma notável contradição: expressam a organização política da classe trabalhadora na disputa pelo excedente socialmente produzido e pela ampliação e acesso a direitos e serviços, ao mesmo tempo em que se constituem enquanto instrumentos historicamente utilizados pelo Estado para que os trabalhadores estejam minimamente aptos a produzir, e assim, reproduzir o sistema capitalista de acumulação. Tornam-se também instrumentos de "compensação" para os trabalhadores, amenizando sua organização em torno de

¹ A republicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.436 de 2017 trouxe nova nomenclatura ao programa: passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), retirando a dimensão de *apoio*. Neste trabalho, será utilizada nomenclatura NASF.

² Na atualidade “[...] condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural - enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho -, a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos” (IAMAMOTO, 2018, p. 72).

reivindicações. Mas não deve-se resumir-se a tal. Para além de amenizar conflitos e reduzir as formas mais agudas de pobreza, é necessário criar condições para que “[...] a política social torne-se um instrumento de transformação social que mobiliza e organiza as massas a partir de seus interesses mais fortes” (PAIVA; OURIQUES, 2005, p. 140).

É neste instável campo de forças que sustentam a democracia brasileira, em um constante tensionamento de interesses, que buscou-se situar o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, sob responsabilidade estatal. Em um cenário marcado pela disputa entre o Projeto Privatista e o Projeto pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2001), o que se conquista com a Constituição Federal de 1988 é o reconhecimento da saúde enquanto “um direito de todos e dever do Estado” (art. 196) e poucos anos depois, a Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 3º, explicita um conceito ampliado de saúde, sob os determinantes sociais, reconhecendo-a enquanto produto social e não unicamente biológico:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Nesse arcabouço, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), também construída nos marcos de disputas e de uma direção seletiva, normatizada através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e reformulada em 2017. No município de Florianópolis, a APS é orientada e organizada pela Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS), aprovada pela Portaria nº 22 de 08 de novembro de 2016, pelo Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e pelo documento Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). O município também conta com o Programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), instituído no ano de 2010 através da Instrução Normativa nº 001 e, desde o ano de 2020, aderiu ao Programa Previne Brasil, através do Decreto Municipal nº 21.965.

Dada a vastidão de normativas, documentos e produções teóricas que permeiam o primeiro nível de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), ora denominado enquanto Atenção Básica (AB), ora denominado enquanto Atenção Primária à Saúde (APS), nos cabe justificar a opção adotada neste TCC pelo segundo termo. Em sua pesquisa, Gil (2006) conclui que os dois são usados como sinônimos. Essa perspectiva está presente também na Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB) dos anos de 2011 e 2017, que considera a sua equivalência. Giovanella (2018), em um resgate histórico, aponta que ambos, na constituição de sistemas de saúde pelo mundo, sofrem influências de organismos internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) nos ditames das políticas de cunho neoliberal - mínima para o social e máxima para os interesses de acumulação de poucos do que é produzido por muitos. Nessa perspectiva, ambos os termos podem alinhar-se a uma ideia reducionista de sistemas de saúde voltado apenas para o mínimo de serviços e focalizada na população mais empobrecida. De fato, essa parece ser a direção do Estado brasileiro na condução das políticas de saúde. Mas não sem resistência de movimentos sociais e também de profissionais, que no cotidiano dos serviços de saúde, buscam a garantia de uma saúde pública, universal e de qualidade.

Bem como os pressupostos defendidos na Conferência de Alma-Ata sobre os cuidados primários em saúde, a partir de uma concepção abrangente de atenção primária à saúde “acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social” (GIOVANELLA, 2018, p. 2), presentes também na construção do SUS (MENDES, 1995), optou-se por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

Destarte, assumindo grande importância ao colocar-se enquanto porta de entrada e ordenadora da rede de serviços de saúde, é materializada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a APS objetiva ações individuais e coletivas de forma a atuar, para além do diagnóstico e tratamento, sob a promoção, proteção, prevenção e reabilitação em saúde. Preconiza o acompanhamento e a continuidade no cuidado das demandas de territórios delimitados, buscando a efetivação da integralidade, o que reforça a necessidade de articulação junto às demais políticas públicas e de equipes multiprofissionais (PNAB, 2017).

A construção da APS trouxe também a descentralização administrativa, ampliando o mercado de trabalho para diferentes profissões em âmbito municipal. Nesse sentido, destacam-se os NASF definindo equipes multiprofissionais e interdisciplinares para atuar no cuidado integral aos usuários do SUS na APS junto às já instaladas equipes de Saúde da Família (eSF). É neste arcabouço que a inserção de assistentes sociais é ampliada na APS, apesar de histórica atuação na área da saúde, ainda que em menor escala nos municípios (MARTINI; DAL PRÁ, 2018) e de

ser reconhecida enquanto profissão da área da saúde pela Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Entretanto, ao voltar para o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, notam-se fortes e organizadas tendências regressivas aparecendo com mais ou menos ênfase a depender do contexto histórico, ameaçando constantemente a concretização de um sistema de saúde democrático e de fato universalizante (BORON, 2002). Essa constatação incide diretamente sobre o Serviço Social enquanto profissão na defesa de uma saúde pública universal, atuando diretamente nas expressões da questão social e sobre as determinações sociais no processo saúde-doença.

Dessa forma, diante do cenário histórico de desmontes de políticas sociais, entre elas, a política de saúde em todos os níveis administrativos (federal, estadual e municipal), torna-se urgente discutir e compreender como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na APS do município de Florianópolis/SC, sendo este, o objetivo geral da pesquisa. Para tal, considerou-se pertinente definir o exercício profissional a partir das categorias “trabalho” (NETTO, 2011; 2020) e “ação profissional” (LIMA; MIOTO, 2020) e ambas serão discutidas ao longo deste TCC. Nesse arcabouço, há também de considerar a inserção das (os) assistentes sociais em processos de trabalho coletivos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, submetidos, assim, à lógica do assalariamento e a condicionantes diretamente relacionados à condução do Estado frente às políticas sociais (IAMAMOTO, 2009; 2015).

É nessa direção, portanto, que os objetivos específicos foram traçados para dar sustentabilidade ao objetivo e problema de pesquisa, que são os mesmos. Para tal, será realizada pesquisa bibliográfica e posterior análise de conteúdo, empreendida nas produções teóricas sobre o Serviço Social na APS do município, a partir de pesquisa na página de buscas Google Acadêmico, no período delimitado de 2010 a 2021. A partir dos resultados, serão realizadas reflexões acerca das ações profissionais desenvolvidas pelas (os) profissionais, que, em um primeiro momento, apresentam-se como a face mais aparente e o que materializam o caráter interventivo da profissão em um cotidiano cada vez mais desfavorável aos direitos sociais. Dado contexto de precarização, também considerou-se para este TCC, refletir sobre as relações e condições de trabalho na qual as (os) assistentes sociais estão inseridas

(os), bem como os desafios e potencialidades da profissão na APS do município de Florianópolis.

O presente TCC está estruturado da seguinte forma: a primeira seção diz respeito à presente introdução. Na segunda seção, optou-se por traçar um breve percurso histórico acerca da constituição das políticas de saúde no Brasil, chegando no século XXI, até início do governo Bolsonaro, e particularizando também a constituição da APS. Na terceira seção, encontra-se a discussão acerca do exercício profissional, o percurso metodológico da pesquisa e resultados e discussões, norteados pelos objetivos específicos. Para finalizar, na quarta e última seção, serão tecidas as reflexões e conclusões finais.

2 A SAÚDE PÚBLICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

Primeiramente, é necessário ter em vista que o Serviço Social é uma profissão que se materializa no âmbito das relações sociais. É nesse sentido que diferentes autores tratam o desenvolvimento da profissão em uma perspectiva de totalidade, onde as determinações são dadas pela estrutura social que estamos inseridos. Assim, numa sociedade capitalista, de classes e tensionada por interesses divergentes como a brasileira, significa dizer que a profissão responde a demandas e interesses gerados por este mesmo sistema dominante, não sendo possível, portanto, pensar o Serviço Social deslocado da dinâmica das relações políticas, econômicas e culturais do contexto societário maior.

A partir desta constatação, a presente seção é dedicada a apresentar uma perspectiva histórica acerca da constituição da política de saúde no Brasil, bem como da Atenção Primária à Saúde (APS), elucidando as disputas pela sua direção diante da conjuntura política e econômica brasileira.

2.1 NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

Do período colonial até a década de 1920, as ações no campo da saúde ficavam a cargo de religiosos, da caridade e das Santas Casas de Misericórdia ou de médicos particulares, para os que pudessem pagar. Ademais, diante do modelo agrário-exportador que desenvolvia-se no país, foi dado ênfase a políticas de controle e vigilância de epidemias e doenças infecto-contagiosas, pautando-se no saneamento

e na vigilância sanitária, além do planejamento urbano de cidades portuárias e vacinação compulsória (PAIM, 2009). Nota-se que questões de saúde eram tratadas de forma esporádica, de modo a não comprometerem a economia que se desenvolvia no país.

Além do modelo agrário-exportador, na década de 1920, no ano de 1923 tem-se a Lei Elói Chaves enquanto marco legal da intervenção estatal nas relações trabalhistas, trazendo a obrigatoriedade da criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para setores estratégicos da economia brasileira, voltados para exportação de café, tais como ferroviários, portuários e marítimos.

Organizadas por empresas ou instituições e financiadas por estas e pelos trabalhadores através de diferentes contribuições, além de serem consideradas as formas originárias da previdência social brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), as CAPs demarcam também as bases de uma assistência médico-previdenciária, uma vez que, além de pensão por morte e aposentadoria, os benefícios estendiam-se ao fornecimento de medicamentos e a atendimentos médicos para os trabalhadores vinculados.

A partir da década de 1930 destaca-se um crescente processo de industrialização e urbanização com o governo de Getúlio Vargas, sendo crescente também a massa de trabalhadores nos centros urbanos e o movimento operário em suas reivindicações por melhores condições de vida e trabalho.

O Estado assume, então, legislações trabalhistas e previdenciárias, atendendo algumas reivindicações dos trabalhadores, mediando, assim, as relações capital e trabalho, buscando cooptar os trabalhadores e fragmentar a sua organização enquanto classe, ao passo em que também tomava ações de cerceamento dos sindicatos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Neste período, Bravo (2001, p. 4) evidencia que a política de saúde foi dividida entre o subsetor de saúde pública, com o desenvolvimento de campanhas para o mínimo de condições sanitárias à população urbana, sobretudo a partir do ano de 1937 com a criação do Departamento Nacional de Saúde, e o subsetor da medicina previdenciária, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em substituição às CAPs.

Nos IAPs, o financiamento passa a incluir o governo, além dos trabalhadores e das empresas, e sua organização passa a ser por grandes categorias profissionais (comerciários, bancários, marítimos, entre outros), e não mais por empresas ou

instituições. Mantinha uma lógica contributiva e não uniforme: como os salários eram diferenciados, as contribuições, benefícios e serviços oferecidos também eram, gerando uma diferenciação entre os próprios trabalhadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O papel da saúde nos IAPs apresentava características secundárias, conforme aponta Paim (2009, p. 34-35):

Embora a assistência médica, hospitalar e farmacêutica estivesse incluída desde a instalação dos primeiros institutos, o financiamento dessas atividades dependia da sobra de recursos do ano anterior que não fossem gastos com os aposentados, viúvas e órfãos. Assim, a saúde não era uma prioridade, mesmo para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada e seus familiares. Ao contrário, as prioridades eram outras. A capitalização obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores permitia que os recursos fossem desviados para investimentos na economia [...]

Para além da saúde, evidencia-se uma fragilizada base para a constituição das políticas sociais, tomadas por um caráter seletivo e fragmentado e não universal, além de um forte vínculo com o mercado de trabalho formal; somente estes teriam algum tipo de assistência previdenciária e médica. Aos demais, restava pagar ou contar com alguma instituição filantrópica.

Seguia-se, após o governo Vargas e ao longo da década de 1950, o processo acelerado de urbanização e industrialização, com maior abertura para a entrada de capitais estrangeiros. Este cenário fazia aumentar o número de trabalhadores nos centros urbanos, colocando a necessidade de restaurar a sua força produtiva. Somase a isso, a política de saúde explicitada que “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral” (BRAVO, 2001, p. 5). Dessa forma, o sanitarismo campanhista das décadas anteriores e o foco sobre os espaços de circulação de mercadorias para exportação, é enfraquecido.

Abre-se espaço para expansão de interesses privados mediante financiamento estatal, sobretudo com recursos advindos da previdência sob os IAPs, incentivando empresas farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares de capital estrangeiro, o que será de fato aprofundado nas décadas seguintes (MENDES, 1995; PAIM, 2009). Era necessário que o trabalhador estivesse apto a produzir, ao passo que uma estrutura de mercado, atuante sobre os corpos individuais e lucrando pelo número de procedimentos, era construída em detrimento da saúde pública.

Entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como *privatização*, foi intensificada nos governos militares. Não era só pela rima que a privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). Quanto maior o valor da US, mais o procedimento era produzido [...] (PAIM, 2009, p. 34-35).

O golpe civil-militar de 1964 demonstrou forte papel do Estado na regulação da economia e da vida social em um “binômio repressão-assistência” (BRAVO, 2006, p. 6) na busca de legitimar o regime ditatorial que se instaurava frente à população e de atender aos interesses do capital.

Logo, em 1966, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em substituição aos IAPs, a cobertura previdenciária foi ampliada para empregadas domésticas, autônomos e trabalhadores rurais, e os benefícios unificados, ao passo em que os trabalhadores eram retirados da gestão.

A política de saúde nesse período, conforme Mendes (1995), foi marcada pelo aprofundamento de uma assistência médico-privada, financiada pelo Estado com subsídios da previdência para investimentos em serviços de alta densidade tecnológica, privilegiando e aprofundando as relações com o setor privado internacional na produção de insumos, tais como equipamentos médico-hospitalares e farmacêuticos. Ao passo em que, bem como em governos anteriores, recursos oriundos da previdência eram desviados e investidos em setores da economia, como na construção da Siderúrgica Nacional, no período Vargas, e da Usina de Itaipu no período militar, por exemplo (PAIM, 2009).

O final da década de 1970 irá demarcar “uma multiplicidade de instituições e organizações - estatais e privadas - prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade” (PAIM, 2009, p. 38), além do acirramento das péssimas condições de vida de grandes parcelas da população brasileira, de efervescência política, lutas e reivindicações pelo fim do regime ditatorial e pela democracia.

[...] Tal realidade obriga uma abertura política lenta e gradual que joga na arena política novos atores sociais, até então excluídos do processo de decisão das ações de governo e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário. (MENDES, 1995, p. 26).

Ganhavam corpo movimentos contestadores do sistema anti-democrático que impactava diretamente nas condições de vida e saúde da população, sendo compostos por profissionais da saúde, sociedade civil, pesquisadores, estudantes e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), além dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), onde foram lançadas as bases teóricas e político-ideológicas do que viria se conformar enquanto Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; MENDES, 1995).

Discutia-se a saúde como direito de todos devendo ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas e a criação de um sistema único de saúde para tal, além de pautar “a prática da medicina em uma perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 68).

Em outras palavras, questionavam abordagens em saúde médico-centradas, como historicamente vivido no país, e passavam a considerar a relevância da coletividade e da organização político-econômica do país nos processos saúde-doença. Por essa ótica, delineava-se um conceito ampliado de saúde através dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS)³, que, ao contemplar não apenas as ciências médicas mas também outras áreas do saber e dos cuidados, parte do entendimento que fatores como habitação, saneamento básico, transporte, condições de trabalho, redes de apoio, entre outros, podem ser "causas", influência ou o que determinam a distribuição social desigual das doenças, dos cuidados e a possibilidade de uma condição física, mental ou social ser ou não considerada enquanto patologia.

O acirramento das lutas sociais pela democratização segue pela década de 1980, com o fim do regime ditatorial e um contexto econômico de inflação. Neste movimento, o caráter público da saúde e seu acesso universal eram pautas cada vez mais nítidas e mais politizadas. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e todos os eventos de preparação para ela nos níveis estadual e federal, pode ser considerada

³ Texto e vídeo sobre o assunto disponíveis no link: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em 06 de out. 2022. Outra importante contribuição também pode ser encontrada no artigo “*Serviço Social e a interlocução com a determinação social em saúde em tempos de pandemia*”. Nele, Wiese (2019) trazendo diferentes autores, aponta os limites do conceito de determinantes, que pode reforçar um modelo causalístico, esvaziado de processualidade sócio-histórica, e pautado em dados epidemiológicos isolados. Em contrapartida, aponta o conceito de *determinação social*, que, em sua formulação, abarca os fatores estruturais das sociedades, meios de produção e direção dadas à economia e política, que produzem e reproduzem saúde e doença.

um marco não apenas para a política de saúde e a necessidade de dar uma nova direção para tal, mas também um marco pela defesa da democracia e crítica ao modelo econômico e político brasileiro que vinha produzindo e reproduzindo históricas desigualdades nas condições de vida da população, afetando, assim, os indicadores de saúde.

De caráter amplamente democrático, a mencionada Conferência contou com a participação de diversas entidades representativas da população e colocou em pauta o processo saúde-doença em sua dimensão política, fruto do processo sócio-histórico e dos impactos causados pela dinâmica social, política e econômica em sua produção e distribuição no cotidiano da população, e a necessidade da democracia para sua efetivação (MENDES, 1995; BRAVO, 2001).

Colocava-se, portanto, a urgência da reorganização da política de saúde e também do seu financiamento. Neste contexto, logo em 1987, enquanto antecedente do atual SUS, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), com diretrizes de universalização e equidade no acesso. Destaca-se ainda “a proposta de um sistema unificado e descentralizado tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios, sem que estivesse explicitada uma proposta de municipalização” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 79). Na lógica de separação da histórica relação com a previdência, pensava-se um orçamento próprio para a política de saúde que vinha sendo delineada.

Não sem resistências, sobretudo da histórica e presente burocracia previdenciária, do setor privado contratado e de representantes da política clientelista, certas conquistas foram feitas, como “a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local” (BRAVO, 2001, p. 12), sendo um avanço para descentralização administrativa e municipalização na oferta dos serviços. Pode-se considerar que as bases para o posterior SUS estavam postas em evidência.

As décadas seguintes merecem especial atenção. Isto porque, a redemocratização brasileira, tendo como ápice a promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF 88), não ocorreu sem disputas.

A nova Constituição abriga, no seu interior, as contradições de um processo de transição, avançando na ordem social, incorporando interesses corporativos e cartoriais, conservando em certos aspectos econômicos e, muitas vezes, remetendo a resolução dos conflitos para a legislação infraconstitucional [...] De qualquer forma, vai colocando-se, quase como

consenso, a necessidade da reforma do Estado brasileiro. O dissenso estabelece-se no como fazê-lo, na definição do papel do Estado e, especialmente, na distribuição do ônus dessa reforma estrutural (MENDES, 1995, p. 33)

No campo social, uma das conquistas foi a estruturação da seguridade social, compreendendo “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194). No artigo seguinte, foi preconizado um orçamento único para tal, com fontes diversificadas de financiamento, tais como recursos dos orçamentos da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, das contribuições sociais dos empregadores sobre a folha de salários, faturamento e o lucro; dos trabalhadores e sobre receitas de concursos de prognósticos (BRASIL, 1998, art. 195, I, II, III)⁴.

Bem como na sociedade brasileira, na saúde, a disputa de interesses também estava em pauta. Conforme Bravo (2001, p. 10, grifo nosso):

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram **em dois blocos polares**: os **grupos empresariais**, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as **forças propugnadoras da Reforma Sanitária**, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor [...]

Tendo os acúmulos produzidos pela VIII Conferência Nacional de Saúde⁵ e “embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo” (BRAVO, 2001, p. 11), na CF 88 a saúde foi reconhecida enquanto “um 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

⁴ A Emenda Constitucional nº 42, de 19 de dezembro de 2003, acrescentou a contribuição do importador de bens ou serviços do exterior (art.195, IV) e introduziu a hipótese de substituir a contribuição das empresas e empregadores sobre a folha de salários pela contribuição sobre a receita ou faturamento (art.195, § 13). Anos depois, a Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 acrescentou: “do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social” (art. 195, II).

⁵ Paim (2009, p. 40) irá destacar que o capítulo “Saúde” da Constituição Federal de 1988 foi baseado nos debates, sistematizações e relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Também destaca que “tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos”. Dessa forma, entende-se a inscrição da saúde na CF 88 enquanto conquista de diferentes setores da sociedade civil no bojo do movimento da Reforma Sanitária, conforme já mencionado neste trabalho.

às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

Cabe destacar que não foi possível inserir na CF 88 dispositivos de controle e regulação do setor privado, direcionados somente ao sistema de saúde pública (MENDES, 1995), ainda que, em seu artigo 199 (BRASIL, 1988), destaque o caráter complementar deste setor nas ações de saúde. Questões de relevância e melhor especificadas como o financiamento, medicamentos e saúde do trabalhador, também não foram contempladas de forma aprofundada no texto constitucional (BRAVO, 2001) e serão elencadas em regulações posteriores.

O que se conforma também no Brasil, sobretudo ao longo da década de 1990, são as políticas de ajuste neoliberal. Em linhas gerais, o que se observa é um ofensiva do capital pautada no trinômio neoliberalismo/globalização/financeirização desqualificando as responsabilidades do Estado, sobretudo seu papel nas políticas de proteção social, tornando direitos sociais objetos de compra e venda pelo mercado, flexibilizando e desregulamentando as relações de trabalho, clamando o individual em detrimento do coletivo, fortalecendo a cultura do consumo (não só de bens materiais, mas também de ideias e relações), além dos avanços das ciências, da produção de tecnologias e meios informacionais cada vez mais complexos e a nível mundial.

Em uma lógica não democrática, dentro dos limites da sociedade capitalista, todas essas modificações penalizam os trabalhadores e maximizam espaço e recursos públicos para empresas privadas na prestação direta de serviços ou para entidades filantrópicas e Organizações da Sociedade Civil (OSC). A quem pode pagar por serviços que deveriam ser direitos, o mercado tem a vender. As políticas sociais sofrem modificações substanciais que, sobretudo, sufocam o seu financiamento, focalizando-se nos “mais pobres dos mais pobres”, que precisam comprovar, numa lógica cada vez mais burocrática, sua condição de necessidade para garantir um mínimo ou, então, recorrer ao assistencialismo, a filantropia e a caridade.

A tendência geral tem sido a de restrição e redução dos direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, **prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização.** (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 156, grifo nosso).

Ganha espaço na saúde o projeto neoliberal ou, conforme as palavras de Bravo (2001, p. 16) o “projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista” em disputa com o projeto da Reforma Sanitária, que ao final da década de 1980, vinha sendo esvaziado diante das forças políticas que se conformaram nos governos de transição democrática.

[...] já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (BRAVO, 2001, p. 13).

Concorda-se com Mendes (1995, p. 53) que a recente universalização inscrita na CF 88 “vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda de qualidade dos serviços públicos” (MENDES, 1995, p. 53), o que neste período, acabou por afastar segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado, abrindo-se espaço para expansão do chamado subsistema de atenção médica supletiva⁶. Junto ao subsistema de alta tecnologia, seguindo um modelo “hospitalocêntrico” e ao subsistema público, irão conformar o projeto neoliberal na saúde ao final da década de 1980 (MENDES, 1995).

Na correlação de forças em disputa, destaca-se a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) em 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a “promoção, proteção e recuperação da saúde”, e detalha em seu Artigo 3º, o conceito ampliado de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, s/p).

Tal como preconizada pela Reforma Sanitária, a saúde é colocada enquanto produto social pressupondo, portanto, uma articulação e fortalecimento das demais

⁶ “Essas modalidades de medicina empresarial- autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde - constituíram o Sistema de Assistência Médica Suplementativa (Sams), conhecido como setor de saúde suplementar, espaço de crescimento da iniciativa privada no Brasil. Todas essas modalidades são baseadas no pré-pagamento, ao contrário da medicina liberal, que se caracteriza pelo pagamento do próprio bolso no momento da prestação do serviço, compondo o chamado Sistema de Desembolso Direto (SDD) (PAIM, 2009, p. 38).

políticas sociais e econômicas. Esta lei versa também sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde para além do SUS e da saúde pública:

[...] às ações e serviços de saúde prestados por pessoas naturais ou jurídicas, pode ser interpretada como capaz de interferir na medicina liberal e na medicina empresarial, por exemplo. Do mesmo modo, ao contemplar entidades jurídicas de direito público ou privado, essa regulação poderia se dirigir a serviços e ações de saúde realizados por fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, como as que comercializam os planos de saúde. (PAIM, 2009, p. 52).

Em 28 de dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142 de 1990 é promulgada e dispõe sobre a participação social na gestão do SUS, sobre os Conselhos e Conferências de saúde enquanto meios de participação da população na gestão do SUS, além das condições para repasse de recursos federais a estados e municípios (PAIM, 2009). A definição dos percentuais de recursos financeiros por parte de municípios, estados e União só seriam definidos anos depois, como será visto posteriormente.

Os governos dos presidentes eleitos pelo voto direto Fernando Collor de Melo (1990 - 1992), Itamar Franco (1992 - 1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995 - 2003), deram a tônica das políticas neoliberais no Estado brasileiro através das chamadas “contrarreformas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Sob discursos quanto à “necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática” (BRAVO, 2001, p. 13), além de propagandas midiáticas acerca do *déficit*, sobretudo da previdência social, atacam-se as bases de financiamento público das políticas que compõem a seguridade social.

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148).

Especialmente na saúde, ganham força as Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998 e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, que, mediante recebimento de recursos públicos através de contratos de gestão e parcerias público-privadas, se propõe a executar serviços, sobretudo no âmbito médico-hospitalar (CORREIA, 2011).

A política de saúde, portanto, tal como recém preconizada pela Reforma Sanitária e materializada legalmente, encontra "um ambiente bastante adverso para implantação do SUS, um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública" (PAIM, 2009, p. 65).

Uma breve análise acerca do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, permite afirmar que o subsídio estatal a empresas e instituições privadas, a responsabilização individual pelas condições de vida e as políticas, programas, serviços e seus recursos direcionados à parcela da população mais empobrecida, sempre estiveram presentes. A quem pode pagar, os serviços privados ofertados pelo mercado com subsídios estatais, a quem não pode, resta algum mínimo ofertado pelo Estado ou então, a responsabilidade de si próprio ao buscar a filantropia, a caridade ou a família.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI

Luiz Inácio Lula da Silva foi presidente do Brasil em dois mandatos, de 2002 a 2006 e de 2007 a 2011. Pode-se afirmar, dada sua trajetória nos movimentos sindicais, que foi eleito com certa esperança de uma maior representatividade para o povo, fazendo valer os direitos conquistados no campo das políticas sociais e um enfrentamento dos interesses particulares das classes dominantes.

O vivenciado, no entanto, foi uma sequência das políticas neoliberais, como já vistas em governos anteriores, onde a subordinação às políticas econômicas nesta direção, impactaram decisivamente nas políticas sociais⁷.

Pautou-se em uma série de políticas de governo em sua fragilidade, ainda que, de fato, beneficiassem a vida de parcelas da população mais vulnerabilizada. Menicucci (2011) irá destacar ações de impacto positivo nas condições de saúde da população, como os programas Fome Zero e Bolsa Família acerca da segurança alimentar e políticas acerca do saneamento básico e habitação. Todas incidem diretamente sobre os determinantes e condicionantes em saúde, presentes na Lei 8.080/1990.

Além de serem políticas de governo e não de Estado, e, por isso, frágeis, pois podem ser desmontadas em um próximo mandato, questões históricas e estruturais, não foram, de fato, enfrentadas. Desse modo, as políticas sociais seguiram em um caráter focalista, no atendimento da população mais empobrecida mediante comprovação de diversas condicionalidades, e desvinculada da ideia de proteção

⁷ “[...] no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU)²⁵; taxas de juros parametradas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 16)

social e de universalização, que compreenderia a sua articulação com as demais políticas sociais, fazendo valer a máximo do direito inerente à condição de cidadão (BRAVO; MATOS, 2004; BRAVO; MENEZES, 2011).

Na saúde, importantes ações e políticas direcionadas a grupos específicos foram feitas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Ademais, enquanto aspectos de inovação para política de saúde no governo Lula, Bravo (2001, p. 16) destaca:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Entretanto, cabe afirmar que a disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, permaneceu. O caráter focalista ficou evidente no investimento na extensão da Estratégia Saúde da Família (ESF) às famílias em territórios mais vulnerabilizados, como organizador da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e que será elucidada no próximo item deste trabalho. O programa Farmácia Popular, também desenvolvido no governo Lula, apresenta algumas problemáticas, uma vez que o usuário ainda paga uma porcentagem para adquirir determinados medicamentos em farmácias privadas, com subsídios do Estado, ferindo a universalidade e a integralidade na saúde (BRAVO; MENEZES, 2011).

Outra problemática diz respeito a proposta de criação das Fundações Estatais de Direito Privado, rejeitada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, mas aprovada em diversos Estados, a partir de 2007. Estas Fundações seguem a mesma problemática das já mencionadas OSs e OSCIP, onde recursos públicos seriam repassados para um setor dito “público não estatal”, que terá “autonomia gerencial, orçamentária e financeira” (CORREIA, 2011, p. 44).

O artigo nº 199, § 1º da CF 88 estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988, art. 199). Já a Lei nº

8.080/90 traz a participação do setor privado em seu artigo nº 24 quando, no setor público, “as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (BRASIL, 1998, art. 24).

Além disso, a contratação de profissionais seria por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e não pelo Regime Jurídico Único (RJU), fragilizando as relações de trabalho, a estabilidade dos servidores públicos e os próprios trabalhadores em seu reconhecimento enquanto funcionários públicos, através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações, fragilizando também a luta por melhores condições de trabalho (BRAVO, 2008; CORREIA, 2011).

Fica evidente o caráter complementar do setor privado, não sendo possível que substitua a obrigação do Estado para com a organização, administração e execução de políticas e serviços no campo da saúde, onde deve-se contar com mecanismos de controle social, tal como preconizados pela Lei 8.142/1990, para uma participação democrática da população na formulação, acompanhamento e fiscalização de tal política.

No ano de 2011, com forte apoio do ex-presidente Lula, Dilma Rousseff assumiu a presidência do Brasil, sendo reeleita em 2015. Já em seu discurso de posse, enfatizou parcerias com o setor privado (BRAVO, 2011), além de manter políticas e programas sociais focalizados, bem como no governo Lula.

Destaca-se o projeto de Lei que regulamentou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dentro das características das Fundações Estatais de Direito Privado, sob discursos de “reestruturação” dos Hospitais Universitários (HUs) e a Lei Federal nº 13.097/2015, que, de fato, abriu o setor saúde ao capital estrangeiro, antes vedado pela CF 88.

Ademais, a Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000, foi sancionada pela presidente através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, fixando um percentual mínimo a ser investido na saúde por estados (12%) e municípios (15%), trazendo maior estabilidade as bases de financiamento do SUS, controle pelos Conselhos de Saúde e sanções em caso de descumprimento.

Diante da aceitação do processo de *impeachment* pelo Senado Federal da então presidente Dilma, assumiu a presidência do Brasil em 2016, o seu vice, Michel Temer. A tônica do governo foi dada pela Emenda Constitucional nº 95 logo em 2016, que congela por vinte anos o teto de gastos públicos, impactando diretamente nos serviços públicos (BRASIL, 2016a).

Uma série de contrarreformas foram aprofundadas sob discursos, inclusive difundidos na mídia, que colocavam os gastos com políticas sociais enquanto causadores de crises e desequilíbrio nos cofres públicos. Somam-se também discursos que enfatizam o empreendedorismo, a competitividade e a inserção no mercado de trabalho cada vez mais despido de regulamentações trabalhistas⁸. A imagem é de que o setor público é ineficiente, atrasado, burocrático, e que a população deve buscar melhores condições de vida por si própria.

Repete-se insistentemente a justificativa da crise, abusando de certo terrorismo, a partir do qual se afirma que o Brasil irá “quebrar” caso as reformas não sejam feitas, que nossas legislações trabalhistas estão defasadas, que é preciso “flexibilizar”, “modernizar”, palavras que parecem ganhar vida própria [...] (BARROS; BRITO, 2019, p. 79).

Na saúde, são vivenciados retrocessos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que será analisada no próximo item deste trabalho, na Política de Saúde Mental, retomando uma lógica de internações em grandes instituições, em contraposição às conquistas da Reforma Psiquiátrica que pauta os cuidados em saúde mental em liberdade e através de uma rede de serviços pública e fortalecida.

Mantém-se uma forte e direcionada articulação com o setor privado e sua maior participação nos serviços de saúde, o que ficou explícito através do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” de 2017. Ademais, discursos quanto à má gestão e insustentabilidade financeira do SUS serviram enquanto base de sustentação e legitimação do projeto dos Planos Populares de Saúde ou Planos de Saúde Acessíveis, que atenderia a parcela da população que não pudesse pagar por algum outro plano privado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; BARROS; BRITO, 2019).

Assim como não foi feita acerca dos demais presidentes, não cabe neste trabalho uma análise detalhada do atual governo que tem a frente Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018. Entretanto, deve-se destacar o perigo que representa ao, explicitamente em grandes veículos midiáticos incitar uma ordem e segurança pautadas em políticas conservadoras e armamentistas. E, sobretudo através de *fake news* (notícias falsas e/ou distorcidas), incitar a intolerância às diferenças, com falas

⁸ Ao flexibilizar as relações e condições de trabalho, verifica-se que a chamada Reforma Trabalhista em vigor desde 2017 pela Lei n. 13.467, penaliza os trabalhadores. Para mais informações: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/02/aprovada-em-2017-reforma-trabalhista-alterou-regras-para-flexibilizar-o-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 12 out. de 2022.

de ataques diretos à população negra, às mulheres, às pessoas LGBTQIAP+ e indígenas. Ou seja, a todos e todas que se diferenciam de um histórico centro de poder feito pelos e para os homens, héteros e brancos e que lutam, cotidianamente, por representatividade e pela sobrevivência. Estes breves, mas relevantes apontamentos, já são indicativos de como vem sendo conduzidas as políticas sociais.

Em uma análise acerca do seu Programa de Governo, Bravo (2020, p. 20) irá destacar uma “grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS”, além de não delimitar sobre o seu financiamento. Ademais, permanecem desmontes na Política de Saúde Mental, com favorecimento explícito às internações em “comunidades terapêuticas”, muitas vinculadas a entidades cristãs, questionamentos à gestão de hospitais federais frente aos filantrópicos, além de claras ofensivas à participação social, com tentativas de extinção de conselhos e colegiados.

O campo da saúde no governo Bolsonaro ganhou bastante destaque em decorrência da pandemia mundial da COVID-19, que vitimou quase 700 mil pessoas no país, das quais diversas poderiam ter sido evitadas, e muitos brasileiros que sem tratamento agonizaram, não precisariam passar por tal sofrimento. Em diversos momentos, e, novamente, abertamente na mídia, Bolsonaro minimizou a gravidade do vírus, da doença, o colapso no sistema de saúde, a sobrecarga dos profissionais e os efeitos nas condições de vida da população, entre elas, fome e desemprego.

De forma irresponsável, Bolsonaro relegou abertamente a responsabilidade da esfera federal para um segundo plano. Nesse sentido, nos cabe trazer o artigo 198 da CF 88:

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 (BRASIL, 1988, art. 198, grifo nosso).

A Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011 acrescenta:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:
I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990, art. 9, grifo do autor).

Ademais, na CF 88 os artigos 23, inciso II, 24, inciso XII, e 30, inciso VI evidenciam a responsabilidade de todas as esferas de governo - federal, estadual e municipal - no planejamento, gestão, execução e financiamento das políticas e serviços de saúde, na direção dos princípios e diretrizes do SUS. Destaca-se também o artigo 16, parágrafo único, da Lei nº 8.080 que estabelece que a esfera federal, sob a União:

[...] poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Entende-se que, além do suporte aos estados e municípios, a nível federal, poderiam também ser executadas ações diretas para o funcionamento do SUS no caso da crise sanitária como da COVID-19. No entanto, o que se vivenciou no governo Bolsonaro, foi o atraso com a compra de vacinas, doses superfaturadas, divulgação de remédios sem comprovação científica, além da ineficiência no repasse de recursos financeiros a estados e municípios e na compra de testes e equipamentos.

Em 2020, a jornalista Camilla Veras Mota do Jornal BBC News Brasil, com uma série de dados, afirmou, o que meses depois a CPI da Covid viria reforçar:

No início de junho, o Ministério Público abriu um inquérito civil público para apurar a execução do orçamento e destaca que os números podem sinalizar uma possível ineficiência da União para enfrentar os desdobramentos da covid-19 na área da saúde em pelo menos três aspectos: a pouca utilização dos recursos previstos para despesas, a demora na liberação de recursos aos demais entes federativos e a pequena participação da União no custeio da saúde em relação ao financiamento total assumido pelos entes federativos. (MOTA, 2020, n.p).

Ao passo em que foi vivenciado o protagonismo do SUS, seja nos atendimentos diretos à população nos momentos de maior lotação de hospitais, seja na posterior vacinação com forte apoio de equipes da APS, percebe-se o quanto o mesmo padece ao longo de diferentes governos, intensificando-se em momentos ataques diretos, com cortes no financiamento, ou por inanição, na tomada de responsabilidade pela esfera federal.

2.3 PARTICULARIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pode-se colocar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, também conhecida como “Conferência de Alma-Ata”, realizada no ano de 1978 no Cazaquistão por uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), enquanto marco de uma proposta internacional acerca dos cuidados primários em saúde.

Discutiam-se as desigualdades sociais e suas interferências nas condições e acesso à saúde entre diferentes populações de países desenvolvidos e subdesenvolvidos pelo mundo, e em sua síntese através da Declaração de Alma-Ata trouxe o reconhecimento da saúde enquanto direito humano fundamental, devendo, portanto, ser universal e, para sua efetivação, é necessário uma intersectorialidade entre outras políticas econômicas e sociais, além da participação da população no planejamento e execução dos cuidados (OMS, 1978).

Ainda que houvessem algumas experiências isoladas a nível internacional, pode-se afirmar que foi a partir da mencionada Conferência que a atenção primária à saúde (APS) ganhou centralidade enquanto estratégia devendo pautar-se em:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 01).

No contexto de crise do regime ditatorial e da retórica de legitimar-se frente à população através de “políticas sociais perpetuadoras das desigualdades” (MENDES, 1995, p. 26), via-se a necessidade de um modelo de assistência à saúde que cobrisse a população que não poderia arcar com os custos dos atendimentos privados. Nessa direção, cumpre destacar, no ano de 1976, o lançamento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) inicialmente concentrado em regiões específicas do Nordeste, como “o primeiro programa de medicina simplificada a nível federal” (MENDES, 1995, p. 28) com utilização de tecnologias simples, pessoas residentes nas áreas de atuação e ações descentralizadas,

organizadas por estados e municípios (FAUSTO; MATTA, 2007). Apesar de colocar-se como uma proposta universalizante, observa-se o seu caráter seletivo, focado nas populações mais empobrecidas.

Dessa forma, a atenção primária à saúde assume ao longo da década de 1970, as configurações de um modelo de baixo custo para quem não pudesse acessar os serviços privados, o que irá impulsionar vieses reducionistas e focalizados para as diferentes ações de saúde que se configuravam. Estabelecia-se, portanto, uma “proposta da atenção primária seletiva”.

[...] concebida na sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária. (MENDES, 1995, p. 26-27).

Fazer avançar uma atenção primária baseada nas discussões e recomendações de Alma-Ata tornou-se desafiador. Um ano após, em 1979, na Conferência de Bellagio, com apoio do Banco Mundial, traçaram-se críticas à APS universal defendida em Alma-Ata, difundindo a ideia de uma APS seletiva, pautada em programas para populações mais vulnerabilizadas e suas necessidades específicas, como mortalidade infantil e saúde materna, por exemplo (FAUSTO; MATTA, 2007). As ideias difundidas nesta Conferência vão ao encontro das políticas neoliberais, já vistas neste trabalho, na redução de gastos com o social, limitando o financiamento de políticas de fato universais (CAMARGO, 2009), além de seguirem direcionamentos de focalização em ações e serviços restritos.

Propostas subsequentes para organização da APS como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), dadas as particularidades de cada uma, trouxeram pontos como uma rede regionalizada e hierarquizada para atendimentos, ou seja, atendimentos por áreas e populações definidas e integração entre serviços de diferentes complexidades. Ainda que não se fizessem efetivos (FAUSTO; MATTA, 2007; CAMARGO, 2009) estes programas foram de suma importância na constituição dos princípios e diretrizes do SUS.

Conforme mencionado no capítulo anterior, a descentralização⁹ das políticas de saúde foi prevista na CF 88, regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 e é materializada pelo SUS. Nesse sentido, a APS e seus serviços em âmbito municipal ganham destaque com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e com o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (FAUSTO; MATTA, 2007; CAMARGO, 2009). Esta última, materializada nos Centros de Saúde (também chamados de UBS) que:

[...] nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997, p. 11).

Fausto e Matta (2007) afirmam que neste primeiro momento, tanto o PACS quanto o PSF não estavam articulados com os demais serviços de diferentes complexidades; o seu caráter atual de porta de entrada e ordenadora da rede de serviços de saúde ainda não estava estabelecido. Tal como nos programas anteriores, percebe-se que ambos buscavam, através de uma série de enfoques diferenciados, estender a assistência à saúde para grupos mais vulnerabilizados no máximo de regiões do território brasileiro. Além disso, o caráter seletivo e focalizador da APS fica evidente na sua organização que busca priorizar problemas específicos.

Claramente se verifica que os limites institucionais e os acordos possíveis desta fase da implementação da política de saúde refletiram no desenho dessas primeiras iniciativas de reorganização da atenção dando um tom seletivo aos referidos programas de atenção primária. Até o momento da formulação do PSF não existia na estrutura do Ministério da Saúde nenhuma área peculiar que abrigasse a atenção primária como nível de atenção. As áreas desse cunho constituíam-se em áreas programáticas organizadas segundo problemas específicos: saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outros, considerados áreas prioritárias, vinculadas ao Departamento de Políticas de Saúde. (FAUSTO, MATTA, 2007, p. 59).

Com a Norma Operacional Básica (NOB/SUS 96) foi definido o Piso da Atenção Básica (PAB) sendo um “um montante de recursos financeiros destinado ao custeio

⁹ As ações e serviços em saúde são exercidos pela esfera federal sob a União (ministro da saúde), pela esfera estadual (pelos secretários estaduais de saúde); e pela esfera municipal (secretários municipais de saúde).

de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal [...] definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município [...]” (BRASIL, 1996a, p. 14). O PAB foi, portanto, um incentivo financeiro para expansão dos programas PACS e PSF.

[...] o PAB modificou a lógica de pagamento até então baseado no número de procedimentos realizados. A transferência de recursos destinado à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde. (MASSUDA, 2020, p. 1183)

Tomando tamanha abrangência e fugindo às características de um “programa” que pressupõe algo temporal, o PSF veio a se tornar Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF traz como central a assistência e o acompanhamento de saúde de populações localizadas em territórios adscritos, pautada na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, indo além de um cuidado em grandes estruturas como os tradicionais hospitais e o seu foco em ações curativas.

Além disso, deve pautar-se em ações intersetoriais para população, envolvendo demais políticas e serviços públicos e comunitários, tais como habitação, educação, assistência social “entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem” (BRASIL, 2008).

No final do primeiro mandato do governo Lula, em 2006, é lançado o “Pacto pela Saúde”, frente aos desafios da organização da política pública de saúde e de seus serviços correspondentes (CAMARGO, 2009; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [s. d.]). Por meio dos três componentes “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)” e “Pacto de Gestão do Sistema único de Saúde (SUS)”, buscou-se, de forma geral, ênfase na ESF como estratégia central para organização das redes de atenção à saúde. Ademais, como nos aponta Reis, Araújo, Cecílio ([s.d.], p. 46):

As mudanças se dão com a intenção de fortalecer os processos de cooperação e solidariedade entre entes federados (União, estados e municípios) e reafirma os princípios constitucionais do SUS. As inovações estão presentes na ênfase dada às pactuações regionais celebradas e gerenciadas nos colegiados regionais de saúde, na medida em que se toma a regionalização como eixo estruturante de organização das redes de atenção à saúde que possibilite atenção integral ao usuário. São melhor definidas as responsabilidades sanitárias dos três níveis de governo na

implantação de políticas estratégicas como Regulação, Educação na Saúde, Gestão do Trabalho, Participação e Controle Social, entre outras. No financiamento, os repasses de recursos federais antes feitos por programas específicos passam a ser realizados em cinco blocos: Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais.

Também em 2006 foram lançadas as Portarias 649/2006 e 650/2006 que definiram valores de financiamento para a APS e a Portaria n. 648/2006, criando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que ao ampliar “o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB [...]” (MELO *et al.*, 2018, p. 40).

A infraestrutura e recursos necessários para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se materializam os atendimentos na APS, também foram definidos (BRASIL, 2006). Nesse sentido, cabe destacar a ampliação das possibilidades de composição das equipes multiprofissionais, compostas por “médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros” (BRASIL, 2006b, p. 06), incorporando, assim, as Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Entendendo a saúde não apenas como ausência de doenças, mas também como resultante dos determinantes e condicionantes, sendo estes as condições de vida da população, uma política e demais normas reguladoras que pressupõem equipes multiprofissionais deveria pressupor categorias profissionais para além do modelo biologicista de atendimento pautado na medicina e na enfermagem.

Aproxima-se da configuração de equipes multiprofissionais os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria Federal nº 154, de 24 de janeiro de 2008 objetivando ampliar “a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, s.p).

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo. § 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física;

Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. § 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo. § 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. (BRASIL, 2008, s.p).

Neste primeiro momento, foram previstas duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, podendo contar com os diferentes profissionais citados acima, diferindo apenas na carga horária semanal e no número de equipes de Saúde da Família (eSF) para a qual são referência. Os profissionais que compõem as equipes NASF são definidos “pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações” (BRASIL, 2008, s. p.), não compondo, portanto, as “equipes mínimas” para atendimento cotidiano nas UBS.

Cabe destacar que o NASF não se constitui enquanto porta de entrada do SUS e dos serviços da APS; os profissionais que compõem as equipes atuam nos espaços físicos da própria UBS ou nos espaços disponíveis dentro dos territórios sob sua responsabilidade, não possuindo, portanto, unidade física independente. Seu trabalho deverá ser desenvolvido na interação com as eSF (equipes de Saúde da Família) atuantes nas UBS de referência para o território, sendo esta, além dos usuários do SUS, o seu público alvo (BRASIL, 2009).

Pode-se afirmar que o NASF contribuiu ao afastar o cuidado em saúde do modelo médico-centrado, pautando a integralidade através da co-responsabilização de diferentes categorias profissionais no cuidado e na resolubilidade da atenção à saúde, em suas dimensões clínico-assistencial, no atendimento direto aos usuários, e técnico-pedagógica, no apoio educativo para com as equipes, além de ações coletivas de educação e participação popular e promoção da saúde junto à população dos territórios de referência (BRASIL, 2009).

Incorporando o NASF em seu texto, a PNAB é republicada e sofre alterações através da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. O novo texto incorpora também o Programa Saúde na Escola (PSE), além de criar as Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e as equipes de consultório na rua. Acerca do financiamento, cumpre destacar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) criado em 2011 e de adesão voluntária por parte dos municípios, que vincula

os recursos federais do PAB variável a construção de parâmetros que mensuram o desempenho e permitam a comparação entre as equipes da ESF para uma maior efetividade (MASSUDA, 2020; BRASIL, 2011).

A partir do exposto, notam-se avanços na construção da APS. Entretanto, os anos de 2016 e 2017 apontam uma constante na política de saúde, que se apresenta com maior e menor intensidade a depender da conjuntura política e econômica do país: o privilégio do setor privado em detrimento do acesso gratuito e universal.

[...] a proposta dos Planos Populares de Saúde, que, com serviços a baixo custo, incentiva parte da população a pagar, principalmente por exames e consultas de média complexidade. Esses planos populares têm sido apresentados como a principal alternativa ao desfinanciamento da saúde, promovido pela Emenda Constitucional n. 95/2016, que impõe o novo regime fiscal, ao congelar o financiamento federal do SUS pelos próximos 20 anos, e como alternativa ao atendimento da crescente parcela da população que, ao perder o emprego e a cobertura dos planos privados, retorna ao atendimento no SUS. (MARTINI, DAL PRÁ, 2018, p. 120).

Com a republicação da PNAB em 2017, a dimensão “apoio” foi retirada da nomenclatura NASF, que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ampliando a quantidade de equipes para além das eSF sob sua responsabilidade, ainda que sem modificações em relação aos profissionais, carga horária e diretrizes para o trabalho.

Contudo, é no ano de 2019 que a APS caminha para uma concepção reducionista. O PMAQ é extinto, e em seu lugar, o Programa Previne Brasil assume enquanto novo modelo de financiamento e avaliação da APS no Brasil. Lançado pela Portaria Federal nº 2.979 de 2019, o novo modelo condiciona o repasse de recursos aos municípios ao número de pessoas cadastradas nas equipes, e não mais enquanto um valor fixo em função da existência de equipes eSF. Os valores também ficam condicionados por desempenho dessas mesmas equipes, avaliadas através de novos indicadores, distribuídos entre ações estratégicas de pré natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. Nota-se que fazem parte do incentivo para ações estratégicas, programas que privilegiam áreas do conhecimento como medicina, enfermagem e odontologia.

Além disso, a Norma Técnica nº 3 de 28 de janeiro de 2020, lançada pelo Ministério da Saúde, discorre que “tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais” (BRASIL, 2020, p. 2). Em

outras palavras, a gestão municipal tem autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe, o que já estava previsto na PNAB 2017 mas foi reforçado com presente fato: a partir deste mesmo ano, o Ministério da Saúde cessou o credenciamento de novas equipes NASF, e os incentivos para tal - antes, os municípios recebiam incentivos custeados pelo Fundo Nacional de Saúde.

3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC

As discussões abordadas nesta seção dão base para a pesquisa bibliográfica empreendida, visando refletir como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na APS do município de Florianópolis/SC. Para tal, ainda que de forma breve, cabe contextualizar e apontar o que vem sendo adotado enquanto “exercício profissional”, apontando a sua complexidade e o emaranhado de elementos que o colocam em movimento.

Primeiramente, há de se discutir, ainda que de forma breve, a categoria “trabalho”. É por meio do trabalho que os homens transformam a natureza para suprir as suas necessidades numa constante tentativa de respondê-las, ao passo em que estabelecem novas relações cada vez mais sociais, definidas pela própria humanidade. Nesse movimento, transformam também a si mesmos, criando e recriando novas necessidades, novos instrumentos, novos conhecimentos e novas relações. O trabalho contém uma dimensão subjetiva, onde o indivíduo compreende a necessidade que precisa responder, e no pensamento, a partir da capacidade teleológica, projeta objetivo e fim a partir das condições objetivas que ele já possui ou que precisa criar para tal. Apenas com isso não há transformação; é necessário também uma dimensão objetiva, onde a ideia e o pensamento ganham materialidade por meio de uma ação concreta para responder tal objetivo e necessidade (NETTO, 2011a; 2011b).

É, portanto, esse movimento do real e do concreto que promove a história, a dinâmica da humanidade. Dessa forma, entende-se que o trabalho é a categoria fundante do ser social. Ele é uma categoria histórica e permanente, produto da ação humana; enquanto uma categoria simples nas sociedades pré-capitalistas que se desdobrou em uma categoria bastante complexa no modo de produção capitalista,

existindo independente da capacidade humana de pensar sobre ela e exigindo capacidade física e intelectual. Desencadeado em processo, tem como elementos: a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Nas instituições capitalistas, “[...] o exercício profissional tem sido abordado em sua dimensão de trabalho concreto: em seu valor de uso social [...]” (IAMAMOTO, 2015, p. 418), voltada para uma finalidade, que seria o atendimento das necessidades sociais. Decorre deste processo uma dupla dimensão para o caráter social do trabalho, conforme lamamoto (2015, p. 421):

[...] (a) enquanto trabalho útil atende a necessidades sociais (que justificam a reprodução da própria profissão) e efetiva-se através de relações com outros homens [...] (b) mas só pode atender às necessidades sociais se seu trabalho puder ser igualado a qualquer outro enquanto trabalho abstrato [...] possibilitando que esse trabalho privado adquira um caráter social.

Dessa forma, o trabalho é entendido enquanto uma dimensão do exercício profissional, onde as (os) assistentes sociais integram processos de trabalho coletivos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. lamamoto (2015) também chama a atenção para a necessidade de particularizar o trabalho em sua dimensão abstrata, tendo como fundamental a inserção das (os) assistentes sociais em instituições capitalistas na condição de trabalhador assalariado, uma vez que não possuem todos os meios para execução de seu trabalho, apenas de sua “força de trabalho” especializada adquirida por meio de qualificação profissional em troca de um montante monetário (IAMAMOTO, 2015), o que, de fato, traz contornos para o exercício profissional em sua totalidade.

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõe limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho.” (IAMAMOTO, 2015, p. 424, grifo do autor).

Enquanto elemento do exercício profissional, tomou-se o trabalho enquanto “ação profissional”, considerando-se o conceito desenvolvido por Mioto e Lima (2009, p. 36) enquanto “vetor fundamental para o desvelamento dos processos do fazer profissional. Sua eleição vincula-se ao entendimento de que a ação é a menor unidade de análise, e, ao mesmo tempo, condensa todas as dimensões constitutivas do

exercício profissional”, entendendo, assim, ser a face mais aparente do exercício profissional e que também o movimenta. Para além do instrumental técnico-operativo construído e reconhecido profissionalmente ao longo da história do Serviço Social, a ação profissional envolve demais elementos estruturantes, tais como “[...] o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações [...]” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 37).

Envolve também formação acadêmica, problematizada de forma breve por Matos (2015), o acúmulo profissional formulado, disputado e reformulado ao longo do desenvolvimento da profissão, envolve a construção de suas diretrizes, condensadas no projeto ético-político profissional¹⁰, além de outros conteúdos (planos, diretrizes, leis) e requisições a depender da natureza das políticas e dos espaços sócio-ocupacionais e das demandas colocadas por usuários e usuárias (MIOTO; LIMA, 2009).

Tomando como base todos estes elementos, torna-se necessário situar as condições objetivas sob as quais as ações profissionais das (os) assistentes sociais são materializadas. Matos (2015) traz o cotidiano enquanto “chão” onde se dão as relações sociais (incluídas as profissionais); cotidiano esse que exige, entre outros aspectos, a imediaticidade e o desenvolvimento de diferentes ações ao mesmo tempo, por vezes, contemplando-as de maneira superficial

A partir das análises construídas em seções anteriores, foi possível identificar que a política de saúde, sobretudo no século XXI, é marcada por uma sociabilidade de cunho neoliberal. Desmontes de políticas e direitos sociais historicamente conquistados pelas lutas de trabalhadores e trabalhadoras e uma lógica cada vez mais focada na racionalização do tempo e na produtividade (MATOS, 2015), são apenas algumas facetas desse “chão cotidiano” e atingem políticas, serviços e espaços sócio-ocupacionais além da saúde que remete a discutir “o que fazemos” e “porque fazemos” diariamente nesse cotidiano, destacando as contradições postas pela conjuntura e pelas requisições institucionais (sejam elas públicas, privadas, filantrópicas).

¹⁰ Em suas normativas, é composto pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662 de 1990), Código de Ética profissional e Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

As características desta conjuntura e deste cotidiano trazem “uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho” (IAMAMOTO, 2015, p. 424). Estas problemáticas relacionam-se com o perigo de reduzir o exercício profissional a respostas e ações instrumentais, além de posturas morais que individualizam questões de ordem social (GUERRA, 2007), bem como uma intervenção fragmentada e despolitizada (SOUSA, 2010 *apud* CARVALHO; IAMAMOTO, 2005).

Dessa forma, corrobora-se com Sousa (2010, p. 121) quando o mesmo afirma que o instrumental técnico-operativo viabiliza a intervenção da (o) assistente social, entretanto “não é o suficiente para garantir o objetivo final da intervenção profissional”. Entende-se que o instrumental e demais elementos que compõem a ação profissional, subordinados à ideologia dominante tornam-se instrumentos de controle, manutenção e aprofundamento do modelo de sociedade vigente, já problematizada neste TCC. Ademais, as ações profissionais não estão descoladas de concepções éticas, políticas e de visões de mundo e não podem estar desconectadas do projeto profissional em seus valores e princípios assumidos.

É nesse sentido que deve-se voltar e apropriar-se das demais dimensões constitutivas da profissão, para além da dimensão técnico-operativa, e que se apresentam enquanto potencialidades para um exercício profissional na direção do desvelamento da realidade, da luta política e da criação de possibilidades concretas para viabilização de direitos. Iamamoto (2000, grifo nosso) nos remete às competências a serem desenvolvidas e articuladas cotidianamente: a **dimensão ético-política** que significa trazer a ética em sua dimensão política para todos os campos da sociabilidade. Enquanto inalienável do exercício e formação profissional, a ética assume, a partir do Código de Ética profissional (CFESS, 1996), uma democracia não somente política, de participação e engajamento, mas também econômica e social no sentido de apropriação da riqueza socialmente produzida, plasmada na forma de direitos; o que leva novamente ao campo das contradições, diante da direção assumida pelo Estado no trato da questão social. Para o desvelamento desses processos, significa afastar-se de uma suposta neutralidade postulada ao longo da profissão, assumindo com rigor uma base teórica, o que remete à **dimensão teórico-metodológica**. Significa, portanto, assumir uma teoria crítica que suporte compreender além da aparência dos fenômenos, dos processos

históricos, da sociedade capitalista de classes, suas contradições e como estas se materializam no trabalho cotidiano e na vida da população atendida.

É, portanto, a partir destas discussões que entende-se o exercício profissional em Serviço Social e busca-se refletir acerca desse mesmo, na APS no município de Florianópolis/SC, elucidando, para além das ações desenvolvidas, relações e condições de trabalho, os desafios e suas potencialidades. Para tal, utilizou-se o percurso metodológico que será descrito na próxima seção.

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Entendendo que o conhecimento é histórico e a realidade é dinâmica e movimenta-se no curso das transformações, o aporte teórico-metodológico de todo este trabalho está fundamentado na teoria social crítica e no método crítico dialético, uma vez que o mesmo permite ir além da aparência dos fenômenos, vislumbrando seu movimento, suas determinações e sua complexidade (NETTO, 2011).

Nessa perspectiva, também considerou-se pertinente para este TCC o estudo exploratório para visibilidade e aproximação inicial do tema “exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC”, sendo ele ainda pouco explorado, inacabado e em andamento (GIL, 2008). A partir do objetivo geral de *compreender como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC*, a abordagem adotada baseou-se na pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2009, p. 24) busca “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais”, suas atitudes, valores, crenças e significados, que não podem ser traduzidos em valores numéricos.

A pesquisa bibliográfica, entendida enquanto “[...] um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema” (LAKATOS; MARCONI, 2009, p. 160) foi escolhida para responder o problema de pesquisa “*Como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC?*”.

Desse modo, enquanto forma de alcançar as produções teóricas já realizadas, optou-se por utilizar a plataforma *Google Acadêmico*, dada a abrangência de fontes que concentra. Por meio dos descritores “serviço social e atenção primária florianópolis”, “serviço social e atenção básica florianópolis” e “serviço social e NASF

florianópolis”, selecionando o período de busca dos anos de 2010, dois (2) anos após a regulamentação do NASF, ao ano de 2021, dois (2) anos após o lançamento do programa Previne Brasil e um (1) ano após a sua adesão pelo município de Florianópolis, optou-se por visualizar até a página de número cinco (5) na mencionada plataforma, chegando a um total de 150 produções teóricas.

Durante a etapa de análise, dado tema e objetivos deste trabalho, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: produções teóricas que não diziam respeito à APS no município de Florianópolis; produções teóricas escritas por outras categorias profissionais; produções teóricas, ainda que escritas por assistentes sociais, que não traziam as particularidades do Serviço Social, ocupando-se em discutir a atuação das equipes NASF como um todo, ou, as políticas que subsidiam a APS no município. Esta identificação foi feita por meio da leitura do título, resumo e palavras-chave das produções teóricas.

Dessa forma, foram selecionadas dezessete (17) produções teóricas que dizem respeito ao tema e objetivo geral deste trabalho, organizadas em planilha *Excel* e no Quadro 1 abaixo, no qual é possível notar um expressivo número de produções teóricas que dizem respeito ao Serviço Social junto ao NASF e de produções escritas por residentes, a partir de suas experiências enquanto assistentes sociais ao longo dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculada à UFSC ou à Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) junto à Escola de Saúde Pública (ESP).

Quadro 1 - produções teóricas encontradas na página de buscas “Google Acadêmico”.

Autoria e ano de publicação	Tipo	Título
TESARO, 2010	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Tecendo algumas reflexões sobre: o serviço social no contexto da saúde-como foco principal, a questão da saúde mental
MEDEIROS, 2012	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	O serviço social no NASF: demandas, respostas e desafios profissionais

MIOTO <i>et al.</i> , 2012	Revista	As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina
FERREIRA, 2015	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	As condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos no núcleo de apoio a saúde da família (NASF) do município de Florianópolis
MARTINS, 2015	Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)	O Assistente Social do NASF e a Intersetorialidade: Um Estudo a Partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família
MARQUES, 2016	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e demandas do exercício profissional
CARAVACA, 2016	Dissertação	Exercício profissional na atenção básica da saúde: uma análise a partir das realidades do Serviço Social portenho e florianopolitano
MARTINI, 2017a	Dissertação	A intervenção do assistente social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis
MARTINI, 2017b	Evento	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis.
CRUZ, 2018	Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)	As demandas encaminhadas ao Serviço Social no NASF: um mapeamento durante a REMULTISF
SILVA; DANTAS, 2019	Evento	O processo de trabalho das assistentes sociais residentes no contexto de desmontes do NASF-AB de Florianópolis
SILVA, 2019	Evento	A atenção à saúde da população haitiana no município de Florianópolis e a intervenção da assistente social residente

RIOS, 2020	Dissertação	Condições de trabalho das assistentes sociais nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) dos municípios da região metropolitana de Florianópolis
CONRAD; PEREIRA. SCHUTEL, 2021	Revista	O serviço social no NASF: um relato de realidade
CRUZ, 2021	Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)	A experiência de teletrabalho das assistentes sociais inseridas na área da saúde do município de Florianópolis no contexto da pandemia de covid-19
DAL PRÁ <i>et al.</i> , 2021a	Revista	As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19
DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021b	Revista	A pandemia de covid-19 e o pandemônio do (tele) trabalho: reflexões a partir da experiência das/os assistentes sociais na área da saúde

Fonte: sistematização própria.

Destaca-se que não foi possível analisar a produção teórica “*A experiência de teletrabalho das assistentes sociais inseridas na área da saúde do município de Florianópolis no contexto da pandemia de covid-19*”, pois o arquivo encontrado no Google Acadêmico e no Repositório Institucional da UFSC, onde a mesma é armazenada, correspondia a outra produção teórica, de outra autora. Dessa forma, as demais dezesseis (16) produções teóricas selecionadas foram submetidas à análise de conteúdo temática, a qual compreende um “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2010, p. 40).

A análise de conteúdo temática está norteada pelos objetivos específicos elencados para este trabalho, sendo eles: **1.** Conhecer as ações profissionais realizadas pelas assistentes sociais vinculadas à APS do município de Florianópolis/SC; **2.** Evidenciar como vem se configurando as relações e condições de trabalho que se materializam no cotidiano de trabalho das assistentes sociais vinculadas à APS do município de Florianópolis/SC; **3.** Apontar quais os desafios e potencialidades para o exercício profissional em Serviço Social na APS do município

de Florianópolis/SC. Para identificá-los nas produções teóricas selecionadas, foi realizada leitura integral dos artigos submetidos a revistas e eventos científicos, e nas mais extensas, tais como TCC, Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) e dissertações de mestrado, foi realizada leitura dos resumos, sumários e do (s) capítulo (s) correspondente (s). Para além de trazer os conteúdos encontrados, buscou-se interpretá-los e dialogar com os mesmos criticamente com base na fundamentação teórica adotada.

Por fim, no sentido ético, considera-se o disposto na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) onde deve-se “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (BRASIL, 2012, p. 04). Ainda que a pesquisa empreendida não recaia diretamente sobre sujeitos, afirma-se o compromisso com a sua divulgação para conhecimento e subsídio do exercício profissional em um contexto tensionado por disputas e mudanças, como apresentado ao longo deste TCC.

3.2 AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS

Identificado como o maior campo de vínculo e atuação das (os) assistentes sociais na APS do município de Florianópolis, consideram-se as ações previstas para o Serviço Social no NASF além da dimensão técnico-pedagógica comum a todos os profissionais do programa, que pode ser materializada através de ações de apoio educativo e grupos para e com as eSF (BRASIL, 2009).

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF,

rede de proteção social; 9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; 10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; 11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF; 12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; 13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar. (BRASIL, 2009, p. 102).

O documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” (CFESS, 2010), ainda que não particularize o exercício profissional na APS, traz conceitos fundamentais para nortear a ação dos (as) assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional, como “a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010, p. 38). Todos, também presentes no movimento da Reforma Sanitária, nos princípios e diretrizes do SUS e nas normativas que norteiam a APS.

Como ponto de partida, traz-se a produção teórica desenvolvida por Martini (2017a). Ao discorrer sobre o Serviço Social no NASF do município de Florianópolis, enfatiza, em diferentes momentos, que o trabalho profissional está ancorado em ações assistenciais em detrimento de ações de cunho coletivo, tais como mobilização e participação social e promoção da saúde. Ainda que as (os) profissionais desenvolvam ações de matriciamento, com discussões de situações e organização de estratégias coletivas, e educação permanente junto às eSF, como constam nas regulações nacionais, a pesquisa da autora aponta que o trabalho ainda está voltado para o atendimento direto de demandas individuais. A mesma autora, em outra produção teórica, reafirma esta constatação:

Apesar de destacar ações voltadas para a articulação intersectorial, a Carteira de Serviços e a PMAPS priorizam ações mais assistenciais, restringindo a atuação do profissional prevista pela normativa do NASF nacional e, ao mesmo tempo em que priorizam essas ações pelo profissional NASF, também dificultam a articulação com as próprias eSF, na medida em que a organização proposta para o serviço não dá conta de atender as demandas da comunidade e do trabalho multiprofissional, acarretando num trabalho isolado por parte das eSF e do NASF, em que o matriciamento tem sido deixado de lado em prol do simples encaminhamento, impessoal e distante da proposta preconizada. (MARTINI, 2017b, p. 9).

A autora Cruz (2018) apresentou o seu TCR, desenvolvido a partir de dados obtidos nos anos de 2016 e 2017 entre as demandas para o Serviço Social NASF de um determinado Distrito Sanitário. Observa-se que, apesar de não constatar os atendimentos ou ações individuais, diretas aos usuários e usuárias enquanto mais

expressivas no trabalho junto ao NASF, a autora traz importante contribuição para pensar além delas:

Foi possível perceber que na medida em que o serviço social participa das reuniões de equipe e matriciamento, ocorre à ampliação da formalidade dos encaminhamentos por parte das eSF e ainda, este se torna mais qualificado, em uma visão de discussão de caso compartilhado. Deste modo, **os encaminhamentos antes repletos de medidas assistenciais (ao exemplo do acesso ao benefício eventual), dão lugar à construção de projetos terapêuticos e processos dialógicos com mais riqueza da dinâmica social dos sujeitos.** (CRUZ, 2018, p. 42, grifo nosso).

Medeiros (2012, p. 67) identificou em sua pesquisa “que as demandas apresentadas pelas ESF são em sua maioria, demandas materiais de caráter sócio-assistencial e emergencial, pois envolvem situação de vulnerabilidade e risco social”, envolvendo orientações e encaminhamentos de forma majoritária. Menciona também demandas que envolvem participação em grupos junto às eSF e aos (as) usuários (as) e em reuniões do Conselho Local de Saúde. O autor traz também requisições por parte das eSF, acerca da entrega de cestas básicas, problematizando a questão e trazendo também apontamentos acerca do trabalho profissional a partir da “falta de uma leitura crítica da realidade e da ausência e insegurança dos princípios ético-políticos” (MEDEIROS, 2012, p. 80).

A partir das demandas da população haitiana que chegam até os serviços de saúde, Silva (2019) destaca o papel do apoio e da articulação intersetorial entre diferentes políticas e serviços para viabilização de direitos que extrapolam o campo da saúde. Martins (2015) também traz importantes contribuições ao discutir ações intersetoriais encabeçadas pelo Serviço Social da equipe NASF junto a uma UBS, na articulação, a partir da saúde, com demais políticas, serviços e equipamentos, tais como Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Programa de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Conselho Tutelar (CT), entre outros. Uma das articulações merece destaque, por envolver diferentes instrumental e elementos que podem compor essa ação profissional, ainda que não sejam exclusivos da intervenção de assistentes sociais:

Em relação à articulação com o CREAS e seus programas tivemos um grande avanço apesar da fragmentação existente dentro das políticas atualmente. Tal articulação superou a discussão de caso, possibilitou que por diversas vezes nos reuníssemos e montássemos planos terapêuticos para as famílias envolvidas, pactuávamos como aconteceriam as visitas, o que seria abordado nas mesmas e posteriormente discutíamos os resultados das intervenções e

reavaliávamos os procedimentos seguintes. Tal processo nos permitiu, em diversos momentos, realizar visitas domiciliares e reuniões familiares conjuntas. Essa ação – reflexão – ação facilitou que chegássemos aos objetivos propostos. Estas ações nos possibilitaram, por exemplo, reestabelecer vínculo familiar entre idosos em situação de abandono e negligência com seus filhos, idosos estes que já vinham sendo acompanhados apenas pelo NASF há mais de três anos sem sucesso e com grande piora de sua situação de saúde (MARTINS, 2015, p. 49-50).

Marques (2016) discorre acerca das demandas e respostas profissionais das (os) assistentes sociais vinculadas ao NASF nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista. Entretanto, não foi possível identificar em seu trabalho as especificidades das ações desenvolvidas no município de Florianópolis. A produção teórica desenvolvida por Rios (2020) segue o mesmo caminho, abordando acerca do Serviço Social no NASF em diferentes municípios. Entretanto, a autora pontua que a realidade era comum entre todos, sendo possível, portanto, identificá-la também em Florianópolis. Esta situação aconteceu na discussão sobre ações profissionais:

[...] quando as assistentes sociais foram indagadas sobre seu processo de trabalho no NASF e para caracterizar o serviço social, a resposta foi diretamente vinculada aos instrumentais da profissão, sem mencionar o objeto de trabalho do serviço social que são as expressões da “questão social”. As cinco assistentes sociais entrevistadas, mencionaram na pesquisa acerca da caracterização do seu trabalho, os atendimentos individuais, orientações em relação à garantia de direitos sociais, matriciamento e visitas domiciliares (2020, p. 92)

Partindo de um relato de demanda, Conrad, Pereira e Schutel (2021) trazem principalmente a descrição do instrumental utilizado, bem como na última produção teórica citada acima. Foram citadas a visita domiciliar, reuniões de matriciamento com demais profissionais, reunião familiar e articulação intersetorial com outros equipamentos e serviços da rede, como Conselho Tutelar, Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (CCFV) e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e Suas Famílias (SEPREDI) para viabilização de direitos da usuária em questão, enfatizando a importância da (o) assistente social na saúde e sua articulação com a rede de serviços.

Tesaro (2010), concentra suas análises no que prevêm as normativas da APS ou do NASF para atuação do Serviço Social. A autora pontua que demandas de saúde mental, por vezes, chegam primeiramente na Atenção Básica por meio das Unidades Locais de Saúde (ULS) (terminologias utilizadas por ela), sendo, desta forma, um espaço de potencialidades para o Serviço Social, a partir do que indica a, na época,

recente Instrução Normativa nº 001/2010 e os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde (CFESS, 2010).

Em uma análise mais recente, no contexto da pandemia da COVID-19, Dal Prá *et al.* (2021a) sistematizaram as ações profissionais desenvolvidas na APS por assistentes sociais celetistas e residentes, diante da suspensão de atendimentos presenciais e de atividades coletivas nas UBS. As autoras destacaram a “pouca produção científica sobre a dimensão técnico-operativa do Serviço Social abordando aspectos do cotidiano das ações profissionais executadas na APS e no NASF” (DAL PRÁ *et al.*, 2021a, p. 599) e, na sua proposta, para evidenciar as ações profissionais desenvolvidas utilizaram a sistematização de Mioto e Lima (2009).

Nos processos político-organizativos, as profissionais desenvolveram diferentes atividades de suporte e assessoria junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), ao Conselho Local de Saúde (CLS) e a conselhos municipais da Assistência Social, Educação e da Mulher, além de um trabalho socioeducativo de mobilização para participação em espaços políticos na defesa do SUS e de participação ativa, com levantamento de dados e elaboração de documentos, ainda que de forma virtual, em diferentes debates e espaços acerca da situação da pandemia no Brasil e no município. Nos processos socioassistenciais, destacam-se: teleatendimentos individuais e diretos aos (as) usuários (as) para diferentes orientações, sobretudo às colocadas pela pandemia, participação em matriciamentos de forma virtual junto às eSF, além da “elaboração de inúmeros materiais de suporte às ações educativas tanto para informar a população usuária do SUS, como para instrumentalizar o trabalho das eSF a fim de minimizar os efeitos da pandemia.” (DAL PRÁ *et al.*, 2021a, p. 603) e no atendimento de demandas emergenciais, como a distribuição de cestas básicas, questão problematizada pelas autoras. Por fim, quanto aos processos de planejamento e gestão, envolveram a “elaboração de projetos coletivos e multiprofissionais” (DAL PRÁ *et al.*, 2021a, p. 602), tais como plano de trabalho e relatórios, mapeamento da rede de atendimentos, registros em prontuários, planejamento junto à categoria de assistentes sociais do município, produção e divulgação de materiais informativos impressos e também sob formato digital, divulgado em diferentes mídias sociais (DAL PRÁ *et al.*, 2021a).

Além das produções teóricas de Martini (2017a, 2017b), as (os) autoras (es) Ferreira (2015), Silva (2019), Silva e Dantas (2019) e Rios (2020) também corroboram com a constatação acerca da predominância de ações de cunho individual, como

atendimentos diretos aos usuários e usuárias, orientações e encaminhamentos, além de ações de caráter emergencial. Diante das diversas ações possíveis para o Serviço Social, e também as que dizem respeito a todas as categorias profissionais vinculadas ao NASF, como o apoio educativo para e com as equipes e atividades coletivas junto às UBS e a demais instituições e serviços presentes no território (BRASIL, 2010)¹¹, cabe problematizar essa questão.

Quando implantado no município, através da Instrução Normativa nº 001/2010, notava-se uma coerência com o programa NASF lançado à nível federal em 2008, abrindo possibilidades para que se desenvolvesse na APS uma responsabilização compartilhada junto aos (as) profissionais eSF, além de espaços de discussões entre os (as) mesmos (as) e que abordagens coletivas pudessem de fato ser desenvolvidos nas UBS e no território de abrangência das equipes.

Quando houver a necessidade de atendimento específico por profissionais dos NASF, a ESF manterá o vínculo com o usuário ou família em atendimento, **devendo o projeto terapêutico ser reavaliado periodicamente e conjuntamente pelos dois segmentos (ESF e NASF).**

§ 1º. **Os atendimentos realizados por profissionais dos NASF devem ser previamente discutidos com estes**, salvo quando encaminhados de acordo com fluxos definidos ou critérios de risco, vulnerabilidade ou complexidade estabelecidos em conjunto pelos dois segmentos.

§ 2º. **Os atendimentos específicos dos profissionais dos NASF não deverão exceder 60% de sua carga horária mensal, de maneira a garantir as ações de apoio matricial às ESF e em seus territórios de atuação** (FLORIANÓPOLIS, 2010, grifo nosso).

Em seu artigo 21, a Instrução Normativa também indica como intervenções prioritárias:

I - atendimentos compartilhados, individuais e coletivos, que se traduzem em espaços de troca de saberes, construção de co-responsabilização e educação permanente, como discussões de casos, atendimentos conjuntos, grupos compartilhados, discussão de planos terapêuticos, discussão de temas, apoio por telefone ou correio eletrônico, etc.;

II - intervenções específicas dos profissionais dos NASF, com usuários, famílias e coletivos, com discussão e negociação constante dos casos com a

¹¹ Em uma nova publicação dos Cadernos de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, são colocados elementos constituintes para agenda dos (as) profissionais NASF: Reuniões de matriciamento com as equipes de AB, com periodicidade variável de acordo com a modalidade de Nasf e com o contexto (recomendação de que seja no mínimo mensal, desde que haja possibilidade de contato a distância); Atendimentos individuais (específicos e compartilhados); Atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados); Grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas); Espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reservado na agenda sob demanda quando acordadas com as equipes vinculadas; Reunião entre os profissionais do Nasf e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município (BRASIL, 2014, p. 49).

ESF, de forma a garantir a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária;

III - ações no território, como projetos de saúde, intervenções comunitárias, práticas educativas, ações de mobilização e articulação de redes de recursos sociocomunitários, ações junto a equipamentos públicos (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Ao menos em suas normativas, o NASF do município de Florianópolis apontava para um trabalho mais integrado à eSF e ao desenvolvimento de diversas atividades para além de atendimentos individuais e diretos aos usuários e usuárias. Entretanto, a PMAPS do ano de 2016 demonstra o teor dado à APS do município, expressando abertamente um privilégio para ações de cunho individual. Este fato é percebido quando observa-se que apenas uma das seis (6) produções teóricas que problematizam esta questão é anterior à publicação desta política.

§ 10. Quanto à distribuição da capacidade assistencial do profissional apoiador da Saúde da Família:

I - Os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual são os componentes prioritários do apoio matricial e devem representar no mínimo 60% e um máximo de 90% da carga horária mensal de atividades de cada categoria, exceção feita à Farmácia e Educação Física que devem adequar-se às necessidades das Equipes de Saúde da Famílias e de seus territórios de atuação conforme análise das Gerências dos Distritos Sanitários e priorizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde.

Afirma-se que a atuação de assistentes sociais no NASF, contribui significativamente para a ampliação do olhar das equipes para fatores sociais que sustentam o processo de saúde-doença, uma vez que na saúde, o objetivo do Serviço Social é a “identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa, e que contribua para a emancipação da classe trabalhadora” (BRAVO; MATOS, 2006, p.17).

O contexto do município para realização de outras ações é, portanto, desafiador. Entretanto, é necessário destacar e defender cotidianamente as potencialidades que a profissão traz para a saúde pública: reconhecida enquanto profissão da área da saúde, o Serviço Social contribui com um olhar crítico para a complexidade da determinação social, traçando estratégias para seu enfrentamento que extrapolam os “muros” dos serviços de saúde. As produções teóricas de Martins (2015) e Silva (2019) que dedicaram-se a discutir ações intersetoriais contribuem com tal constatação.

Outro ponto de reflexão, levantado a partir das análises das produções teóricas desenvolvidas pelas autoras Tesaro (2010), Rios (2020) e Conrad, Pereira e Schutel (2021) é que, ainda que o objetivo principal das produções teóricas não fosse discutir a dimensão técnico-operativa da profissão, cabe pontuar acerca das contribuições de Mioto e Lima (2009). Ao constatarem a incipiente produção de conhecimento acerca da dimensão técnico-operativa da profissão, as autoras identificaram, entre outras tendências, a definição do exercício profissional a partir dos instrumentos técnico-operativos utilizados ou a partir das políticas e espaços sócio-ocupacionais em que as (os) profissionais estão inseridas (os).

Por fim, a produção teórica desenvolvida por Dal Prá *et al.* (2021a) no contexto da pandemia da COVID-19, nos permite reafirmar o movimento constante e dinâmico da realidade, sempre com novas requisições são postas às (aos) assistentes sociais: pela conjuntura política, econômica e social, pelas instituições e pelos usuários e usuárias. Entende-se que no cotidiano, as ações profissionais podem extrapolar as previstas nas normativas, mas ressalta-se que devem pautar-se nos princípios do SUS e da APS, articuladas ao projeto ético-político profissional em uma perspectiva de cuidado integral dos (as) usuários (as) por meio de um trabalho coletivo entre demais profissionais NASF e eSF, dentro das necessidades identificadas nos territórios. Assim como traz Matos (2020, p. 3-4), no contexto da pandemia “[...] não se pode referendar o discurso de que todos/as devem fazer tudo. Mesmo nessas situações devemos nos ater a aquilo que temos competência. Isso resguarda nosso agir profissional e rema contra a sua desprofissionalização.”

3.3 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS

As condições de trabalho no município apontam para os já conhecidos processos de precarização que, de ordem coletiva, atingem diretamente o exercício profissional na APS do município, permeado por “tensas relações entre *projeto ético-político profissional e estatuto assalariado*” (IAMAMOTO, 2015, p. 414) além da direção dada pelo Estado para o trato frente à questão social e as políticas sociais, que é “determinante para a definição das formas de ingresso, contratação, treinamento, capacitação continuada e disposição organizacional desta força de trabalho”.

Os serviços e atendimentos da APS no município são baseados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao todo, são 140 equipes de Saúde da Família (eSF) distribuídas entre quarenta e nove (49) UBS e sob responsabilidade de gestão dos quatro (4) Distritos Sanitários (DS), a saber: Norte, Sul, Centro e Continente. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB, 2016), a ESF do município de Florianópolis tem uma cobertura populacional de 100%. Em outras palavras, essa cobertura proporciona, a todos os seus moradores, vinculação a alguma das quarenta e nove (49) UBS do município. Entretanto, essa cobertura não diz respeito ao real atendimento da população, não sendo incomuns as notícias de falta de profissionais e/ou insumos nos serviços de saúde.

Quando normatizado o NASF em 2010, o município de Florianópolis contava com apenas duas (2) assistentes sociais que, de forma geral, organizavam suas agendas com dias fixos em UBS das regiões Sul e Centro para atendimentos individuais, ficando a critério das eSF procurá-las para matriciar alguma situação específica. A partir de 2012, já com o NASF organizado no município, ampliou-se o número de assistentes sociais atuando nesse campo para os demais Distritos Sanitários (DS) e respectivas UBS em diferentes regiões e bairros do município (MARTINI *et al.*, 2013). Ao longo dos anos, o quadro de assistente sociais foi acrescido, entretanto, sem melhoria devida nas condições de trabalho e ainda não o suficiente para realidade da APS do município, como será visto ao longo desta seção.

Conforme mencionado na discussão sobre a APS no Brasil, as eSF também são público-alvo para o Serviço Social nas equipes NASF, além dos (as) usuários (as) que residem nos territórios de referência. O que vem acontecendo no município de Florianópolis é um baixo número de profissionais para cobertura das UBS. Ferreira (2015, p. 42, grifo nosso) aponta esta realidade no cotidiano profissional, quando o município ainda baseava-se na Instrução Normativa 001/2010:

[...] O que acaba por ocorrer no município é que há somente um profissional por distrito sanitário, sendo o total de cinco profissionais de Serviço Social no NASF para o município todo, **todos os profissionais assistentes sociais do município extrapolam o limite máximo de vínculo com as eSF, apresentando**, conforme Tabela 2, que ressaltam de 21 à 29 vínculos, desta forma há evidente sobrecarga institucional e de trabalho destes profissionais.

A análise das produções teóricas após 2015 e dos documentos que subsidiam a APS no município, permitem inferir que a situação foi aprofundada e respaldada pela PMAPS de 2016. A normativa dispõe que cada profissional com carga horária de 40

horas semanais, poderá estar vinculado a até duas (2) equipes NASF, atendendo, assim, mais de vinte (20) eSF. Cruz (2018) a partir de pesquisa realizada nos anos de 2016 e 2017, e Martini (2017), apontam esta situação:

Atualmente, Florianópolis conta com 12 NASFs, distribuídos em quatro distritos sanitários, ao qual o serviço social dispõe de seis profissionais, que possuem em média dois residentes para preceptoria, atendendo de 18 a 30 eSF, o que está em desacordo com a portaria (NASF 1), posto que alguns profissionais atendem até 30 eSF (MARTINI, 2017). Tal sobrecarga limita o diálogo com a eSF e por conseguinte o alcance de suas intervenções. (CRUZ, 2018, p. 16).

A equipe de Serviço Social do NASF, como já mencionado anteriormente, é composta por cinco profissionais para atender aos 12 NASFs existentes, o que gera sobrecarga de trabalho ao profissional que passa a ser referência para, no mínimo, 18 eSF. Essa situação vai de encontro ao preconizado pela Portaria nº 3.124/2012 e impossibilita a atuação do profissional de acordo com as diretrizes colocadas pelo NASF, visto que as demandas das eSF, geralmente voltadas para o atendimento direto ao usuário, muitas vezes inviabilizam a atuação do profissional junto ao território. (MARTINI, 2017, p. 9).

É possível afirmar que o atendimento das demandas matriciadas¹² e encaminhadas para as (os) assistentes sociais NASF é ampliado com a sua presença nas UBS e conseqüentemente com a proximidade às eSF, possibilitando a discussão coletiva e a resolutividade das situações na APS. Entretanto, um baixo número de profissionais precisam dividir sua carga horária semanal entre um grande número de UBS, dificultando, como já visto na seção anterior, o desenvolvimento de outras atividades previstas e necessárias para além dos atendimentos individuais e diretos aos usuários e usuárias. Ademais, afirma-se que a proximidade com as UBS também possibilita maior conhecimento e vínculo com o território, enxergando seus desafios cotidianos e possibilidades de formular ações conjuntas, tanto com os usuários e usuárias quanto com instituições e serviços locais fortalecendo a intersectorialidade.

A ausência de espaço físico adequado nas UBS, bem como a ausência ou dificuldade de acesso à internet, computadores e telefones, e, por vezes, ausência de armários ou outros espaços para armazenamento de documentos relatórios pertinentes aos atendimentos, foi destacada em nove (9) das dezesseis (16)

¹² Mais do que reuniões e momentos de discussões coletivas entre profissionais eSF e NASF, o matriciamento ou apoio matricial configura-se enquanto modo de produzir saúde de forma horizontal, através de discussões compartilhadas e trocas de diferentes saberes entre diferentes profissionais para levantamento e planejamento de ações para atendimento dos (as) usuários (as) envolvidos (as) e suas demandas (CHIAVERINI, 2011; NASF, 2014).

produções teóricas analisadas, mediante preocupação, sobretudo, com o sigilo profissional. Nas mais antigas, logo nos primeiros anos do NASF em Florianópolis, e também nas produções mais recentes, é percebida uma realidade cada vez mais precarizada. Além da produção teórica citada abaixo, destacam-se com discussão semelhante: Ferreira (2015), Marques (2016), Caravaca (2016), Martini (2017a), Martini (2017b), Cruz (2018), Silva e Dantas (2019), Silva (2019) e Rios (2020).

Um outro ponto é quanto aos espaços para atendimentos, além dos profissionais não possuírem espaços próprios, utilizando dos consultórios e auditórios das unidades quando estão disponíveis, esses espaços são considerados pelos profissionais entrevistados, impróprios com relação ao resguardo do sigilo. (MEDEIROS, 2012, p. 65).

Em todos os municípios não há estrutura física para a realização e operacionalização do trabalho do NASF, para os atendimentos, reuniões, planejamento, entre outros. As assistentes sociais relatam que realizam suas atividades nas salas que sobram. (RIOS, 2020, p. 99).

O Serviço Social, assim como as demais especialidades que compõem o NASF não dispõe de sala ou espaço de trabalho próprio. De acordo com o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2010), o NASF não é constituído como um serviço que possui espaço físico independente, portanto as equipes devem utilizar os locais das unidades em que estão vinculados ou outros espaços disponíveis no território, como por exemplo, desenvolver atividades em escolas, parques, etc. Entretanto, estas condições ferem diretamente a Resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que “dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social”, e dificultam o trabalho cotidiano das profissionais, exigindo, muitas vezes, “jeitinhos” momentâneos e utilização de seus recursos próprios.

A organização da agenda semanal com deslocamentos de uma UBS para outra e meios não presenciais para resolução de diferentes demandas, torna-se mais uma faceta da precarização do trabalho das (os) assistentes sociais, devendo as (os) profissionais definirem prioridades, que por vezes não comportam espaços de educação permanente, organização e participação de grupos e atividades coletivas na UBS e nos territórios, conforme nota-se na produção teórica abaixo.

[...] poderemos observar que cada Assistente Social atende um distrito sanitário, circulando entre um mínimo de 7 e um máximo de 13 UBSs, representando entre 21 e 27 eSFs por Assistente Social [...] Neste contexto, as profissionais relatam que a organização das suas agendas se baseia numa listagem de prioridades. Assim, cada assistente social reserva um período por mês para participar na reunião mensal de cada eSF; prioriza passar mais

períodos em unidades consideradas de “maior interesse social”; estabelece roteiros segundo a proximidade entre UBSs destinando os horários “livres” (como o horário de almoço) para trasladar-se de um ponto ao outro; agendar visitas tentando fazer coincidir as mesmas com o dia de reunião da eSF; estabelece orientações por diversos meios não presenciais (e-mail, telefone, WhatsApp) para supervisões que possam ser resolvidas à distância, restringindo o traslado à UBS com base na demanda das eSFs. (CARAVACA, 2016, p. 120-121).

A questão da carga horária de trabalho é outro ponto de destaque que reflete nas condições de trabalho das (os) profissionais e relaciona-se diretamente com o que foi mencionado até agora.

Quanto às horas de trabalho semanais, podemos observar duas formas de organização diferentes em cada cidade, porém elas não apresentam grandes diferenças. No caso de Florianópolis, embora a Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010 estabeleça que a duração de trabalho dos e das Assistentes Sociais no Brasil é de 30 horas semanais e que devem ser adequados os cargos a ela, todas as profissionais entrevistadas relataram trabalhar 40 horas e não terem conseguido a adequação. As profissionais não só se manifestaram cientes do descumprimento desta lei, como relataram diferentes espaços nos quais vem tentando colocar esta questão em pauta, tendo exigido das respectivas gerências uma solução, sem receber resposta. (CARAVACA, 2016, p. 115-116).

A luta da categoria profissional pela jornada de trabalho de 30 horas semanais sem redução salarial, ainda é pauta no âmbito da profissão. Enquanto uma conquista coletiva, tem-se a garantia formal com a Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, reconhecendo a complexidade da atuação profissional, mas ainda há muita resistência para sua efetivação nos postos de trabalho. Exemplo disso é a própria PMAPS do município de Florianópolis que traz a carga horária semanal de 40h¹³ para os (as) profissionais NASF, salvo exceções que incluem fisioterapeutas e médicos especialistas (Pediatra e Psiquiatra).

Os desafios para atuação do serviço social na AB do município são muitos, **o NASF é o único campo de atuação no SUS neste nível de complexidade e possui carga horária de 40 horas semanais em desacordo com a lei de regulamentação da profissão que prevê carga horária semanal de 30 horas.** (CRUZ, 2018, p. 17, grifo nosso).

¹³ “2. Para fins de gratificação prevista na Portaria nº 52/2013, desta Pasta, que define os Cargos e Valores da Gratificação de Produtividade do Programa de Saúde da Família, a carga horária de trabalho de todos os profissionais vinculados a NASF deverá ser de 40h semanais salvo exceções definidas por legislação específica, com o recebimento de gratificação proporcional à carga horária cumprida.” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 34).

No cotidiano nas UBS, sete (7) autoras (es) destacaram a dificuldade de reconhecimento quanto ao Serviço Social, suas atribuições, competências e possibilidades, sendo apontadas por diferentes óticas. A primeira delas passa por uma visão assistencialista da profissão.

[...] as entrevistas apontaram que **o entendimento que as ESF têm sobre o papel do Serviço Social perpassa por uma perspectiva assistencialista de atuação**, mostrando desconhecer o caráter real da profissão, que como profissão interventiva trabalha no sentido de apoiar o desenvolvimento da autonomia, participação, do exercício da cidadania e o acesso aos direitos sociais e humanos. (MEDEIROS, 2012, p. 66-67, grifo nosso).

Os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” destacam a fragmentação do trabalho, onde “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos (as) assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 46).

O não reconhecimento profissional foi apontado por Caravaca (2016) sob a ótica salarial, acerca das gratificações, que, no município, são superiores para os profissionais médicos. A autora sugere que esta diferenciação seja refletida pela imagem socialmente construída acerca da superioridade do médico na saúde e sobre as barreiras que o Serviço Social ainda encontra para legitimar-se e ser reconhecida enquanto profissão nesse campo.

Já Ferreira (2015, p. 43-44) traz, através de alguns relatos de sua pesquisa, uma questão que parece culpabilizar os (as) profissionais e individualizar uma questão sistêmica, carecendo de uma análise mais ampla da realidade, sendo até mesmo “perigosa” por correr o risco de justificar processos ainda mais precarizados de relações de trabalho.

Desta forma o profissional entrevistado adentra na polêmica discussão que certos profissionais no campo da saúde insistem em reproduzir a ótica em desuso, de um atendimento reduzido. Certos profissionais não querem “ter o trabalho” de envolver-se e avaliar a rede de apoio, as condições da família/usuário, do espaço que este sujeito está inserido, a moradia, seu trabalho, situação de vida, para que não se responsabilize com novas demandas, descaracterizando assim toda a construção de atendimento integral estabelecida pelo ABS. “Essa questão do encaminhamento é difícil também. [...] Só querem caminhar, eles não querem discutir e assumir em conjunto.”

Em uma ótica diferente, Cruz (2018, p. 64, grifo nosso) traz uma importante reflexão, que foge ao campo das aparências e analisa a situação em uma perspectiva crítica e de totalidade:

Tais violações de direitos no âmbito das políticas sociais tornam ainda mais precário o cenário de atuação do serviço social no município, sobretudo associado à necessidade de emancipar uma população carente de condições básicas de subsistência, em uma sociedade com exploração de classe, etnia e gênero que assedia a classe trabalhadora, acentua as desigualdades e provoca o adoecimento biopsicossocial do indivíduo. **O pior é atribuir à AB e seus profissionais o ônus de baixa resolutividade, mediante ao processo de sucateamento massivo do SUS que vem ocorrendo para se justificar as terceirizações.** O problema é de ordem estrutural.

Os espaços de qualificação, de educação permanente, devem ir além dos construídos para com as eSF e com a população usuária e podem configurar-se enquanto formas de resistência do Serviço Social na APS. O Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1996), traz o aprimoramento intelectual enquanto compromisso e também enquanto direito e dever da (o) profissional nos espaços de trabalho, inclusive na mobilização de carga horária para tal. Sousa (2010, p. 121) nos traz, inclusive, que, a (o) assistente social ocupa um lugar privilegiado de atuação direta à população com possibilidades reais de produzir conhecimento sobre sua realidade, sendo o processo de qualificação continuada “fundamental para a sobrevivência no mercado de trabalho”. As condições de trabalho postas no município de Florianópolis apontam para outra direção: a PMAPS (2016) delimita que apenas 10% da carga horária semanal dos (as) profissionais vinculados à APS pode ser dedicada à atividades externas, sendo elas:

IV - São consideradas atividades externas as reuniões gerais de categoria profissional e câmaras técnicas, atividades externas de educação permanente e desenvolvimento profissional incluindo programas de graduação e pós-graduação, reuniões relacionadas a atividades RDA/PET e residência, participação em comissões e grupos de trabalho da SMS, atividades de planejamento, entre outras. (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.37).

Pode-se afirmar, que em todas as produções teóricas analisadas, o uso de ferramentas digitais, sejam elas *e-mails*, aplicativos de mensagens como *WhatsApp* ou pastas de armazenamento e compartilhamento de documentos *online* como *Google Drive*, foram mencionadas em algum momento, mas sem maiores discussões. Entretanto, a produção teórica desenvolvida por Rios (2020) as apontam como mais uma ferramenta para viabilizar o trabalho cotidiano em um cenário precarizado:

Além do NASF não dispor de espaço físico na infraestrutura nas unidades para a realização das próprias atribuições relativas à dinâmica NASF, as assistentes sociais e outros profissionais de especialidades diferentes, são requisitados a atender demandas em que a fila de espera nos municípios está imensa. Uma das profissionais além de compor o NASF também é assistente social do CRAS, é recepcionista, atende telefone, faz atendimentos na assistência, entre outras funções. **Essa realidade vai impondo aos profissionais serem onipresente nos espaços institucionais, mesmo quando não podem estar presentes, o uso das tecnologias como presença remota, apareceu fortemente em todos os relatos.** Usado para discussão de casos e matriciamento. (2020, p. 75, grifo nosso).

O contexto da pandemia da COVID-19 impôs novas condições de trabalho para os (as) profissionais da saúde, incluindo assistentes sociais, como carga horária total em regime de teletrabalho; carga horária dividida entre teletrabalho e atividades presenciais; e carga horária total em regime de trabalho presencial (DAL PRÁ *et al.*, 2021a, p. 596) para atendimento de usuários e usuárias e também de demandas das eSF, além de aprofundar o uso de ferramentas digitais já mencionadas, e também servem enquanto:

[...] **pano de fundo da adoção do trabalho não presencial esconde questões estruturais, como é o caso das más condições de trabalho oferecidas às/aos profissionais.** Exemplo disso são as condições precárias de trabalho das/os profissionais do NASF-AB, que compreendem desde a falta de recursos humanos que atendam às necessidades dos serviços, passando pela inadequação das equipes às normativas federais, como é o caso da inclusão de um mesmo profissional em dois NASF-AB do município, e chegando até a ausência de espaços físicos, tecnologias e materiais necessários para a realização do trabalho de forma sigilosa. Ou seja, faltam salas para atendimento nos Centros de Saúde; telefone em local adequado e que permita o contato com a/o usuária/o ou rede de serviços com sigilo; computador com acesso à internet para os registros profissionais e consulta aos prontuários eletrônicos das/os usuárias/os, entre outras necessidades. (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021b, p. 11, grifo nosso).

Outro ponto de destaque se dá quanto ao acesso e conhecimento ou não de usuários e usuárias acerca de ferramentas digitais, o que perpassa o conhecimento das condições de vida da população atendida pelas (os) assistentes sociais. Sobre esta questão, Dal Prá, Martini e Cruz (2021b, p. 13) alertam que “a tecnologia não pode ser utilizada como único instrumento de trabalho”. Pode-se afirmar que diferentes serviços com atendimentos presenciais suspensos recaíram em demandas para as (os) assistentes sociais na saúde, sobretudo na APS, atuante nos territórios. É o caso das agências do INSS, por exemplo, apontada por Dal Prá *et al.* (2021a). Neste mesmo trabalho, as autoras apontam o agravamento das condições de vida da população, o que também repercute nas demandas que chegam para atendimento nas UBS.

Todos estes elementos sustentam uma dupla precarização do trabalho das (os) assistentes sociais em todos os espaços sócio-ocupacionais, sendo constante em cenários de recrudescimento de financiamento de políticas sociais e de direitos conquistados, elevado a uma potência máxima em situações como a pandemia, recaindo nas condições e relações de trabalho das (os) assistentes sociais enquanto profissionais assalariados e classe trabalhadora. Nesse sentido, corrobora-se com Raichelis (2018, p. 59-60):

Ao mesmo tempo, é nessa ambiência societária de degradação do trabalho assalariado, que cresce e se diversifica o mercado de trabalho profissional para assistentes sociais no âmbito estatal, especialmente nas políticas de seguridade social, com maior ênfase no nível municipal, tendência que expõe um paradoxo: **o alargamento de demandas profissionais no campo das políticas sociais de proteção social frente ao agravamento da “questão social”, e ao mesmo tempo e no mesmo processo, a expansão e o aprofundamento das diferentes formas de precarização aberta ou velada, das condições em que este trabalho se realiza**, afetando, mesmo que com intensidade variadas, o conjunto dos trabalhadores (RAICHELIS, 2018, p. 59-60).

Por fim, parece correto afirmar que a APS no município não vem propiciando condições objetivas para as equipes NASF, sobretudo para as (os) assistentes sociais: baixo número de assistentes sociais para atendimento de um elevado número de eSF em diferentes UBS e territórios, ausência ou inadequação de espaço físico e equipamentos, carga horária em descompasso com o previsto, não reconhecimento profissional (seja pela gestão, seja pelas equipes nos serviços de saúde), são apenas algumas facetas deste processo que solicitam “adaptações” na dinâmica do cotidiano, mas, sobretudo, urgem de sistematizações que problematizem essa realidade e pautem processos de resistência da categoria profissional, seja no cotidiano ou no âmbito político.

3.4 DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL

A partir das discussões traçadas nas seções anteriores, sobre ações profissionais e condições e relações de trabalho, é possível notar que as mesmas configuram-se enquanto desafios para o exercício profissional em Serviço Social na APS do município de Florianópolis. Entretanto, a decisão por dedicar uma seção unicamente para tal, abre espaço para, a partir dos tensionamentos e disputas

presentes nos espaços sócio-ocupacionais, dialogar também com as possibilidades que a profissão apresenta.

No âmbito dos desafios, Martini (2017a, p. 198) constata em sua pesquisa que “[...] o principal desafio posto aos profissionais do NASF e do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), vinculado à Política de Assistência Social, é a falta de recursos humanos e a inadequação das equipes às normativas federais”, o que por diversas vezes é “compensado” por profissionais residentes enquanto mão de obra barata, comprometendo um processo formativo em serviço de qualidade, tal como a residência multiprofissional pressupõe. Essa constatação também é apresentada por Caravaca (2016, p. 142):

[...] chamou a atenção uma fala recorrente nas entrevistadas e que faz referência ao papel desenvolvido pelas residentes de serviço social. Segundo as entrevistadas, tem se tornado cada vez mais notório o lugar assignado pela prefeitura para as residentes, as quais seriam utilizadas como resposta “barata” aos reclamos pela inserção de mais Assistentes Sociais nos distritos.

Acerca das residências multiprofissionais, um (1) trabalho analisado traz um panorama sobre a constituição das mesmas no Brasil, trazendo especificidades do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário (HU) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ambas vinculadas à UFSC, e esta última, materializada na APS do município. Nesse contexto, Mito *et al.* (2012) destacam o aprofundamento do projeto médico privatista que vem interferindo na lógica formativa das residências, elencando alguns desafios e potencialidades para o Serviço Social:

Nesse sentido, é possível considerar que a presença do Serviço Social nas residências é estratégica. Estratégica tanto para responder às questões colocadas pela disputa de projetos sanitários distintos, claramente definidos ou travestidos, como para o avanço da própria profissão. Para que isso aconteça **temos como de safios construir as residências como espaços de formação cuja centralidade é a unidade teoria-prática.** Não significa, portanto, uma subsunção à prática ou a lógica do serviço. Isso porque as residências ao se estabelecerem como um campo de mediação entre a academia e serviços, ao congregarem diversos atores, como profissionais, estudantes, pesquisadores, torna possível a construção de práticas e conhecimentos que, por um lado, **podem alterar significativamente a lógica dos serviços ou pelo menos tencionar essa lógica.** Por outro lado, **subsidiarão a reflexão teórica e novas formulações que contribuem para o fortalecimento do Serviço Social enquanto área de conhecimento.** (MIOTO *et al.*, 2012, p. 203, grifo nosso).

Um outro desafio encontrado diz respeito aos sistemas de informações utilizados na APS que não contemplam as particularidades do trabalho das (os) assistentes sociais. Este desafio foi evidenciado por Marques (2016), com o *E-SUS*, e por Cruz (2018) com o InfoSaúde.

A atuação do assistente social no NASF em Florianópolis possui algumas barreiras pelo reduzido número de profissionais que atuam no município, na área da saúde. O atendimento do serviço social acarreta (na maioria dos seus matriciamentos) em **onerosos desdobramentos intersetoriais que não podem ser mensurados em relatórios gerenciais de produção como a maioria dos demais profissionais que integram a AB**, não expondo a real dimensão de sua atuação à gestão. (CRUZ, 2018, p. 8, grifo nosso).

Informou ainda que os demais profissionais do NASF realizam registros no E-SUS, no entanto, **tal sistema não contempla as necessidades do profissional de serviço social. Por isso, apenas os atendimentos coletivos do serviço social são registrados neste sistema. O único registro que coincidentemente todas as Assistentes Sociais realizam nos seus respectivos ambiente de trabalho são os encaminhamentos.** Em relação as outras formas de registros há uma variedade de resultados conforme nos mostrou a planilha acima. Portanto, percebemos com o resultado da pesquisa que todas as profissionais registram suas ações das mais variadas formas, acredita-se que para sua garantia. (MARQUES, 2016, p. 43, grifo nosso).

Ambas as discussões aproximam-se da realidade vivenciada pela autora deste TCC em período de estágio ao longo dos anos de 2021 e 2022 em uma UBS do município de Florianópolis. Através do atual sistema *Celk Saúde* foi possível observar que o mesmo ainda não contempla as particularidades do trabalho das (os) assistentes sociais: apenas para novos cadastros é possível preencher informações como autodeclaração de raça/cor, e somente o acesso das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) é permitido para tal, e, por vezes as mesmas não o fazem. Ademais, é por esse sistema que são gerados relatórios quantitativos e qualitativos acerca dos atendimentos realizados nas UBS, entretanto, como muitos cadastros não possuem diversas informações, torna-se um desafio entender quem de fato é a população atendida. Os relatórios, portanto, são gerados através da quantificação de procedimentos (médico-centrados) e atendimentos realizados, e os mesmos não contemplam o que de fato foi desenvolvido, se foi visita domiciliar, reunião intersetorial, encaminhamento para rede de serviços, entre outros. Estas informações constam apenas no texto das evoluções, ou seja, da descrição do que foi feito, e não é considerado nos relatórios.

Os sistemas de informações suscitam alguns debates. Em uma lógica cada vez mais produtivista, racionalizadora do tempo (MATOS, 2015) e por diversas tarefas

medidas através de metas (RAICHELIS, 2018) sistemas de informações que não contemplam as particularidades do trabalho das (os) assistentes sociais, acabam por invisibilizar o seu trabalho, e tornam-se instrumentos de maior cobrança e até mesmo, de deslegitimação da sua permanência nos espaços. Essa lógica da produtividade incide diretamente na APS do município, conforme destaca Martini (2017b, p. 9, grifo nosso):

A precarização do trabalho encontrada no município, assim como **a lógica estabelecida pela gestão municipal voltada para a produtividade e para a lógica biomédica** também são desafios presentes no dia a dia do profissional e nada mais são que reflexos do novo modelo de atenção à saúde, o modelo neoliberal, que prioriza ações focalizadas, a precarização do trabalho e a privatização da saúde.

Por outro lado, a construção de instrumentos próprios para sistematizar atendimentos e demais ações realizadas pelas (os) assistentes sociais, além do perfil e realidade social dos usuários e usuárias, incidem no campo das possibilidades. Mas para além disso, Almeida (2009) traz importantes reflexões, ao elucidar que o processo de sistematização vai além da geração de dados e informações, exigindo, sobretudo, reflexão teórica, um esforço intelectual que pode de fato subsidiar ações mais qualificadas, além de tornar-se instrumento para disputar melhorias e para visibilidade, defesa e manutenção do Serviço Social nos serviços de saúde. Nesse sentido, Iamamoto (2009, p. 25) também corrobora:

Nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social, é de suma importância impulsionar pesquisas e projetos que favoreçam o conhecimento do modo de vida e de trabalho – e correspondentes expressões culturais – dos segmentos populacionais atendidos, criando um acervo de dados sobre os sujeitos e as expressões da questão social que as vivenciam. O conhecimento criterioso dos processos sociais e de sua vivência pelos indivíduos sociais poderá alimentar ações inovadoras, capazes de propiciar o atendimento às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais. Esse conhecimento é pré-requisito para impulsionar a consciência crítica e uma cultura pública democrática para além das mistificações difundidas pela prática social em geral e particularmente pela mídia (IAMAMOTO, 2009, p. 25)

Outros desafios dizem respeito ao matriciamento. Para tal, é importante que os (as) profissionais das eSF e NASF tenham entendimento acerca do processo saúde-doença em seu conceito ampliado, além das possibilidades de atuação das outras profissões envolvidas no campo da saúde. Acrescenta-se: é necessário que os (as) profissionais possuam condições objetivas de trabalho que possibilitem tempo e espaço de qualidade para participação, o que vem sendo dificultado no município dadas as condições e relações de trabalho vivenciadas pelos (as) profissionais.

Nesse sentido, produções teóricas mais recentes como Silva e Dantas (2019) e Silva (2019), ao discorrerem acerca do desmonte da APS no município, sobretudo a partir do ano de 2018, contribuem para refletir acerca de questões que ultrapassam o trabalho do Serviço Social, mas que recaem diretamente sobre ele. São, portanto, apontadas duas questões que dizem respeito ao trabalho das eSF, sobretudo de médicos (as) e enfermeiras (os): atendimentos a pacientes que devem ser agendados e realizados em um curto prazo e o Sistema Municipal de Acreditação em Saúde, o qual “propõe recompensas as ESFs que conseguirem atingir o padrão de qualidade desejado – padrão que tem como referência o modelo de saúde do Canadá – que incluem, entre outras ações, o maior número de atendimentos possível” (SILVA; DANTAS, 2019, p. 4).

No município, as unidades de saúde tendem a romper com o modelo tradicional de atendimento, incorporando a tecnologia na organização dos serviços e do acesso da população a consultas com os (as) médicos (as). Neste sentido, diversos CS's trabalham com agendas de consultas para o mesmo dia, dia seguinte ou no máximo uma semana (CURITIBA, 2014), que se caracteriza como acesso avançado [...]

Embora em um primeiro momento o acesso avançado pode parecer positivo para as ações em saúde, o que se percebe no cotidiano é a exaustão das eSFs em atender todas as demandas que se apresentam no dia a dia. Confirma-se, então, que “os avanços tecnológicos também são responsáveis pelas mudanças no mundo do trabalho, tornando as relações trabalhistas cada vez mais superficiais e fiscalizadas (TABORDA; MANN, PFEIFER, 2015).” (SILVA; DANTAS, 2019, p. 5, grifo nosso).

Na prática, esta lógica de trabalho além de aprofundar a precarização das condições e relações de trabalho, diante de um já existente número expressivo de usuários (as) para cada equipe, muitas vezes incompleta e com baixo número de profissionais, reforça uma lógica de produtividade, sendo a qualidade medida por números. Essa lógica também invisibiliza os determinantes e condicionantes em saúde que incidem sobre a realidade dos usuários e usuárias, refletindo, dessa forma, em desafios para o Serviço Social, já que por vezes, demandas que deveriam chegar para atendimento dessas (es) profissionais em conjunto com os demais através das reuniões de matriciamento, não chegam.

Os desafios já vivenciados cotidianamente aprofundam-se na medida em que, no ano de 2020, a pandemia da COVID-19 alastra-se em um país já permeado por tamanha desigualdade social e por políticas sociais fragmentadas e precarizadas para

seu enfrentamento. Produções teóricas mais recentes sobre a realidade do município, já dialogam com tal.

O desafio em todas as ações profissionais desenvolvidas no NASF e na residência multiprofissional em saúde da família foi garantir a saúde como um direito universal a ser executado pelo Estado, enfrentando para isso muitas iniciativas privatizantes (que compreendem as/os usuárias/os do SUS como responsáveis pelas soluções dos seus adoecimentos, desempregos, pobreza) e caritativas, uma vez que as ações solidárias se intensificaram como solução para as crises econômica, social e sanitária. (DAL PRÁ *et al.*, 2021a, p. 603).

Ainda que algumas ferramentas remotas como *WhatsApp* e *Google Drive* para comunicação, armazenamento e gestão do trabalho, tanto entre as (os) profissionais, quanto para com os usuários e usuárias não seja uma realidade recente para o Serviço Social na APS no município, produções teóricas mais recentes, tal como Dal Prá, Martini e Cruz (2021b), apontam “novos” desafios, como a incorporação de outras Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para o teletrabalho e teleatendimento, o que já vinha acontecendo para outras categorias profissionais de forma mais concreta, e que para o Serviço Social foi acelerada pela pandemia da COVID-19. As possibilidades de teletrabalho ou home office para além da excepcionalidade da pandemia também aprofunda conhecidos cenários:

Como consequência das novas formas de contratação pelo ambiente digital, em um mundo digitalizado, tem-se a informalização, a flexibilização das legislações trabalhistas e a precarização do trabalho. Exigências de um mundo sob o comando do capital financeiro, onde a lógica é gerar mais dinheiro, não importa como [...] (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021b, p. 13).

Entretanto, as mesmas autoras também visualizam potencialidades nesse cenário, na medida em que, se fariam presentes ao realizarem atendimentos e demais ações remotas nos espaços das UBS.

Com o avanço da modalidade do teletrabalho será necessário que as/os Assistentes Sociais reflitam sobre as condições de trabalho e os custos gerados pelo “uso e aquisição de equipamentos, material de informática, conserto de equipamentos, rede de internet, material de consumo, energia e infraestrutura, entre outros” (CFESS, 2020, p. 5). Esses custos pesam para as/os profissionais atuantes na área da saúde em Florianópolis/SC, em razão disso, a realização do teletrabalho no âmbito institucional é uma possibilidade de continuar atendendo com qualidade às/aos usuárias/ os do SUS e fazer resistência à privatização do próprio espaço de trabalho. (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021b, p. 12).

No campo das possibilidades, ainda que seja desafiador diante da realidade vivenciada, espaços de educação permanente são previstos na dimensão técnico-

pedagógica para o trabalho comum dos (as) profissionais NASF enquanto ferramenta de apoio educativo para com as equipes (BRASIL, 2010) e tem potencialidade para trazer à tona questões sobre as demandas, como redes de atendimento, situações de violência, entre outras, além de apontamentos que reforcem o Serviço Social enquanto profissão, suas atribuições, competências, e suas possibilidades na saúde e no NASF. Cruz (2018), ainda que de forma pontual, sugere que as reuniões de matriciamento sejam espaços para tal e Medeiros (2012, p. 70-71) também aponta alternativas.

Foi possível perceber que na medida em que o serviço social participa das reuniões de equipe e matriciamento, **ocorre à ampliação da formalidade dos encaminhamentos por parte das eSF e ainda, este se torna mais qualificado, em uma visão de discussão de caso compartilhado.** Deste modo, os encaminhamentos antes repletos de medidas assistenciais (ao exemplo do acesso ao benefício eventual), dão lugar à construção de projetos terapêuticos e processos dialógicos com mais riqueza da dinâmica social dos sujeitos. (CRUZ, 2018, p. 42).

É importante salientar que essa posição das equipes de desconhecer o objetivo do NASF enquanto apoio às ESF, e a **desconsideração e desvalorização quanto à atuação do Serviço Social**, acaba desmotivando muitos profissionais a não continuarem nos NASF. Essa posição evidencia-se nas falas **onde os profissionais afirmam buscar alternativas, como reuniões e palestras, objetivando apresentar às equipes o papel das equipes NASF junto à estratégia de saúde da família e especificamente as prioridades de articulação do Serviço Social com as ESF e comunidade.** (MEDEIROS, 2012, p. 70-71, grifo nosso).

Entre outras potencialidades para o Serviço Social, foram destacadas a sua atuação no trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial, conforme citações abaixo:

[...] o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade tem suma importância na Atenção Primária à Saúde e, e que o Serviço Social ao inserir-se na equipe multiprofissional de atenção primária à saúde, protagoniza a construção de ações coletivas que ultrapassam as práticas meramente clínicas, estimulando as equipes no fortalecimento de ações que visam o alcance da saúde individual e coletiva e as suas determinações, as quais regem o acesso aos bens e serviços indispensáveis à garantia dos direitos sociais, sobretudo em situações cujos determinantes advêm de condições precárias de vida [...] Portanto, envolve-se interdisciplinarmente na resolução dos problemas de saúde construindo estratégias de ação direcionadas a indivíduos e famílias, articulando-as ao contexto social ao construir redes e ao estimular a inscrição na esfera pública, das demandas que devem ser debatidas coletivamente em prol da garantia de direitos (CONRAD; PEREIRA; SCHUTEL, 2021, p. 923).

Este diálogo possibilita visualizar o cidadão em sua totalidade/integralidade e principalmente traçar um plano de ação para os atendimentos e acompanhamentos dos usuários pelos profissionais envolvidos. O acompanhamento conjunto do usuário proporciona um caminho para o rompimento do atendimento setorial das políticas públicas, por outro lado o acompanhamento desarticulado cria dificuldades para o usuário, pois o mesmo oscila entre o atendimento da assistência social e da saúde, sentindo-se “perdido” (MARTINS, 2015, p. 49).

Ademais, Ferreira (2015, p. 47) destaca a autonomia profissional e a mobilização através de espaços de participação social enquanto possibilidades, sobretudo em contextos de acirramento de desmontes de direitos sociais.

Para que qualquer movimento de reorganização do sistema possa ser efetivado deve-se considerar a mobilização coletiva dos profissionais da saúde, ressaltando a importância deste espaço no território. Conforme apontado pelo profissional entrevistado, que pouco se consegue colocar em prática a participação destes profissionais nos meios de controle social, observa-se que a autonomia inerente ao assistente social possui um caráter facilitador [...]

Nesse sentido, os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” (CFESS, 2010) vão mais além ao demarcarem para além de atendimentos emergenciais, o desenvolvimento de ações profissionais em uma “direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde” (CFESS, 2010, p. 43), o que, além de um desafio, torna-se também uma possibilidade na medida em que pode fomentar debates e espaços de participação social nos territórios entre os usuários e usuárias.

Também enquanto potencialidade, acrescenta-se o respaldo das (os) profissionais pela sua formação acadêmica especializada e pelo aparato legal que regulamenta a profissão, enquanto parte de seu projeto ético-político. Estes elementos são preponderantes para uma relativa autonomia enquanto “a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores” (IAMAMOTO, 2015, p. 422).

4 CONCLUSÃO

Em um primeiro momento, é possível afirmar que o caminho histórico traçado ao longo de toda segunda seção deste TCC foi indispensável para o entendimento da totalidade, das disputas, tensionamentos e direções sobre as quais foram construídas as políticas de saúde onde estão inseridas as (os) assistentes sociais. A partir destas

discussões, percebe-se que a assistência à saúde no Brasil foi marcada por respostas altamente medicalizadas, pautadas no saber médico, em atendimentos concentrados em grandes estruturas como os hospitais, e com forte participação de interesses privados, com sua entrada facilitada pelo próprio Estado, através, inclusive, da destinação de recursos públicos para tal. Essa é uma constante ao longo de todos os governos, por vezes mais ou menos expressiva.

O SUS, todo arcabouço legal que o sustenta, e a APS, apontam uma outra direção. Vão no sentido da universalidade, sob a qual todos devem receber atendimento e da integralidade da assistência, que preconiza que seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social dos usuários e usuárias, demarcando o reconhecimento dos determinantes sociais em saúde. A materialização destes e dos demais princípios e diretrizes devem ancorar-se em um reconhecimento das reais condições de vida da população dos territórios adscritos, além de contemplar atendimentos contínuos e articulados.

Entretanto, também foi constatado neste TCC, que as configurações do Estado e a direção das políticas de saúde, impregnam a APS com uma lógica reducionista, produtivista, cunhando um trabalho fragmentado e focalizado, distanciando a lógica de cuidado territorial, afastando-se do princípio da universalidade. Nota-se também que a perspectiva da integralidade do cuidado nos territórios junto às equipes multiprofissionais está seriamente em risco, uma vez que, reduzidos os recursos e não sendo interesse das gestões um olhar para além do médico-centrado, os profissionais que compõem equipes como o NASF, são contratados (quando são) sem o mínimo de condições para exercer um trabalho na perspectiva interdisciplinar.

Ainda, fragiliza-se a intersetorialidade e os dispositivos que compõem as redes de cuidado dentro e fora do campo da saúde, desconsiderando toda complexidade da realidade dos indivíduos em seu meio social que podem determinar ou agravar o seu adoecimento físico e psíquico. Mais do que reduzir a uma ótica médica e biológica: afirma-se que reduzir questões de natureza coletiva a problemas de caráter individual ou familiar, invisibiliza e despolitiza sua natureza estrutural, enraizada no modo como as sociedades produzem, se reproduzem, geram desigualdades e respostas diante delas.

Todas estas problemáticas também foram constatadas a partir da pesquisa bibliográfica empreendida para compreender como vem se configurando o exercício profissional em Serviço Social na APS do município de Florianópolis. A partir das

produções teóricas selecionadas, a medida em que as ações profissionais e as condições e relações de trabalho foram sendo elencadas, notou-se a sua relação intrínseca com os desafios elencados pelas (os) autores. Afirma-se, portanto, que o exercício profissional em Serviço Social na APS do município de Florianópolis é materializado através das equipes NASF nas UBS e vem sendo diretamente afetado por uma dupla precarização: das condições e relações de trabalho das (os) assistentes sociais e das políticas para atendimento da população atendida.

Nesse sentido, ainda nos cabe apontar o quanto a conjuntura econômica, política e cultural brasileira, sobretudo no tensionamento entre Estado, classes dominantes e trabalhadores (as), foi propícia para o desenvolvimento da profissão, em seus primeiros momentos bastante conservadora, à serviço direto do Estado para adequação da classe trabalhadora à ordem dominante e posteriormente, por seus questionamentos acerca da realidade social e sua reformulação assumindo um projeto ético-político comprometido com a classe trabalhadora, construído sob teorias que trazem críticas e buscam desvelar as bases das relações sociais, políticas e econômicas construídas na sociedade capitalista (NETTO, 1999). Este projeto configura-se enquanto uma potencialidade, podendo ser respaldo para uma certa autonomia nos espaços de trabalho na saúde.

No movimento histórico, a realidade assume novos contornos para as relações sociais, o que traz novas demandas e para o Serviço Social. Movimentos como o novo modelo de financiamento e avaliação da APS com o programa Previne Brasil, já aderido pelo município de Florianópolis, colocando seriamente em risco a permanência das equipes NASF, e a pandemia da COVID-19 com seus desdobramentos na precarização das condições de vida da população e no teleatendimento enquanto instrumentos de trabalho para o Serviço Social, colocam a necessidade de análises qualificadas acerca do exercício profissional diante delas.

Por fim, ainda que o cenário não seja animador, não se deve cair em um certo “fatalismo” e perder de vista a potência que as políticas de saúde e, sobretudo, o SUS, somadas a processos de resistência dos trabalhadores, também podem trazer, e assim, imprimir no exercício profissional cotidiano uma intencionalidade diferente da lógica dominante.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BARDIN. Laurence. Definição e relação com as outras ciências. In: _____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010, p. 29-48.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 02 out. 2022.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 out. 2022

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n.27. Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, n.39. Brasília: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 68p.

2006 – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 08 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 43, 16 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 02 out. 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (*et al.*), (ORGs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em: 02 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. In: **Rev. SER Social Estado, democracia e saúde**. Brasília, v. 22, n.46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 10 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, jan./abr. 2018. p. 6–23. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em 12 out. 2022.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica**. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/454>. Acesso em: 15 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do assistente social**. Brasília. CFESS, 1993. Disponível em: http://cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf. Acesso em: 06 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução nº 493/2006**, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

CORREA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S.B. (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 43-49.

ESCOREL, Sarah., NASCIMENTO, Dilene Raimundo do., e EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (orgs). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>. Acesso em: 02 out. 2022.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FIOCRUZ. **Determinantes sociais**. [s.d.] Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 08 out. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Decreto Municipal nº 21.965 de 08 de setembro de 2020. **Institui o componente municipal do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde, na forma de incentivo desempenho, em substituição ao componente municipal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB**. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/f/florianopolis/decreto/2020/2197/21965/decreto-n-21965-2020-institui-o-componente-municipal-do-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-estabelecido-pelo-ministerio-da-saude-na-forma-de-incentivo-desempenho-em-substituicao-ao-componente-municipal-do-programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-na-atencao-basica-pmaq-ab?r=p>. Acesso em: 19 out. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Instrução Normativa nº 001/2010 de 14 de janeiro de 2010. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/17_05_2010_10.30.59.7f13826233ea784570aea600dd2f6f3a.doc. Acesso em: 01 de dez. 2022.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Portaria nº 22/2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf. Acesso em 08 out. 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria nº 22 de 08 de novembro de 2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços, gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e1b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf. Acesso em: 08 de out. 2022.

GIL, Celia Regina Rodrigues Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de dez. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt#>. Acesso em: 04. de dez. 2022.

GUERRA, Yolanda. Artigo publicado originalmente nos Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000. Revisado e atualizado. Serviu como base para a palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, maio, 2007, promovido pelo CRESS-6ª. Reg.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família**: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de dez. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social IN: CFESS/ ABEPSS. Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>. Acesso em: 08 de dez. 2022.

_____. O Serviço Social em tempo de capital fetiche. In: IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015. Cap. 4. p. 414-432.

_____. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. Marilda Villela lamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000

_____. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. In: RAICHELIS, R. *et al.* (orgs.) *A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2018.

MARTINI, Debora; PRÁ, Keli Regina dal. A inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde. **Argumentum: Reformas regressivas e política de saúde**, Vitória (Es), v. 10, n. 1, p. 118-132, 28 jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18648>. Acesso em: 30 set. 2022.

MARTINI, Débora *et. al.* **A inserção do Assistente Social na área da saúde: uma reflexão sobre o município de Florianópolis**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis. CRESS-SC. 2013. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2022.

MATOS, Maurilio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 124. São Paulo, Cortez, 2015, p. 678-698. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zKqHPXTYyTSPvMBrGZnzgjm/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2022.

MIOTO, Regina Celia Tamasso.; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos**, v. 8, n. 1, 22-48, 2009.

MOTA, Camilla Veras. 'Cobre seu governador': qual a responsabilidade do governo federal no combate à pandemia? BBC News Brasil, São Paulo, 6 de jul. de 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53244465>>. Acesso em: 02 out. 2022.

MENDES, Eugenio Villaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MELO *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *CEBES: Saúde em Debate* 2018; 42 (n. esp. 1): 38-51. Disponível em: scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. **A ideologia alemã**. In: _____. Karl Marx: uma biografia. São Paulo: Boitempo, 2020, p. 224-249.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011, p. 28-59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional de Alma-Ata, 06-12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 04 out. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009.

PAIVA, Beatriz Augusto de. OURIQUES, Nildo. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais? Quão distante está o horizonte?. **Revista Katálysis**, v. 9, n. 2, jul./dez. 2006, Florianópolis, SC. P. 166-175. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802006000200004/4006>. Acesso em: 02 set. 2022.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: Raquel Raichelis (et al). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Unasus/Unifesp, s.a. p. 31- 39.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf> Acesso em: 06 dez. 2022.

WIESE, Michelly Laurita. Serviço social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia. **Sociedade em Debate**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 146-159, 15 dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2779/1728>. Acesso em: 01 dez. 2022.