

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO**  
**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FASSO**

**EDINEIDE MARIA JÁCOME DE SOUSA**

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

**MOSSORÓ – RN**  
**2023**

**EDINEIDE MARIA JÁCOME DE SOUSA**

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE MOSSORO-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, na modalidade Monografia, apresentado à Faculdade de Serviço Social (FASSO) e ao Departamento de Serviço Social (DESSO) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Camila Mesquita Soares

**MOSSORÓ – RN**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### **Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.**

S725s Sousa, Edineide Maria Jácome de

SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN. / Edineide  
Maria Jácome de Sousa. - Mossoró-RN, 2023.

Pág. 59.

Orientador(a): Profa. M<sup>a</sup>. Camila Mesquita Soares.  
Monografia (Graduação em Serviço Social).  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviço  
Social. 4. Política de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I.  
Soares, Camila Mesquita. II. Universidade do Estado do Rio  
Grande do Norte. III. Título.

**EDINEIDE MARIA JÁCOME DE SOUSA**

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE MOSSORO-RN**

Aprovada em: 14/04/2023

**BANCA EXAMINADORA**

*Camila Mesquita Soares*

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Camila Mesquita Soares. Orientadora.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Faculdade de Serviço Social  
(FASSO).

*Gabriela Soares da Silva*

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Gabriela Soares da Silva. Avaliadora interna.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Faculdade de Serviço Social  
(FASSO).

*Andréa Moraes de Menezes*

---

Prof.<sup>a</sup> Andréa Moraes de Menezes. Avaliadora externa.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Faculdade de Educação (FE).

*“O momento que vivemos é um momento de pleno desejo, mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperança para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”*

Marilda lamamoto (2021).

## AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo primeiramente a Deus, por essa vitória em minha vida, que o tempo todo tem sido minha força, o meu sustento.

Ao meu pai, que sempre me deu apoio. À minha mãe que sempre sentou comigo e conversou sobre assuntos da faculdade. Ao meu esposo que sempre esteve ao meu lado me propondo forças para seguir nesse caminho. Ao meu filho, aos meus irmãos e a todos os familiares que contribuíram de forma direta e indireta para a realização desse sonho.

Aos meus colegas de curso, em especial a Andréia, Patrícia e Graziana que sempre se propuseram a me ajudar de alguma forma. Agradeço também aos meus colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde onde trabalho como Técnica de Enfermagem, que me sustentaram e me incentivaram durante esses 4 anos de curso. Agradeço à minha amiga e vizinha Evângela (a digitadora dos meus trabalhos), uma pessoa que sempre que precisei se propôs a me ajudar.

Agradeço à minha orientadora Camila Mesquita, obrigada por ser essa mulher maravilhosa que sempre será lembrada. À minha supervisora de campo de estágio, a assistente social Valéria Samantha, obrigada por me receber e acolher tão bem. À minha colega de campo, Juliana Costa, onde construímos uma grande amizade.

Agradeço a todas às entrevistadas, por terem aceitado a participar da minha pesquisa, vocês foram fundamentais.

Por fim, agradeço as orações feitas sobre minha vida para que esse sonho fosse realizado.

Obrigada por tudo!

## RESUMO

A Saúde no Brasil, ao longo de sua trajetória, percorreu vários caminhos até ser consolidada como uma política social de caráter universal. Na década de 1980, a Saúde passou a constituir o “tripé” do sistema de Seguridade Social, junto à política de Assistência Social e da Previdência Social. Nos anos de 1990, chega com mais força ao Brasil a influência da orientação neoliberal para as políticas sociais, ocasionando uma série de desafios à materialização do “SUS legal”. As ações e serviços de Saúde Pública no país, materializados via Sistema Único de Saúde (SUS), são organizados e dispostos à população em “formato” de Rede: cada qual com seu nível de complexidade para juntos, atenderem à integralidade do cuidado e da atenção à saúde da população. A atenção Primária à Saúde, proposta como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado em toda Rede de Atenção à Saúde. Diante disto, o Ministério da Saúde em seu plano de ações prioritárias inclui como a principal estratégia de organização da Atenção Primária à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia define a composição, lógica e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nelas, o trabalho é desenvolvido por vários profissionais e, dentre esses, estão os assistentes sociais, inseridos na equipe como um profissional de apoio à equipe básica de saúde da família. Neste sentido, essa pesquisa tem como objetivo verificar o exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, no município de Mossoró-RN. Para tanto, realizamos um estudo quanti-qualitativo, no qual a metodologia englobou a pesquisa bibliográfica e de campo.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviço Social.

## ABSTRACT

Health in Brazil, throughout its trajectory, has followed several paths until it was consolidated as a universal social policy. In the 1980s, Health became the “tripod” of the Social Security system, along with the Social Assistance and Social Security policy. In the 1990s, the influence of the neoliberal orientation for social policies reached Brazil more strongly, causing a series of challenges to the materialization of the “legal SUS”. Public Health actions and services in the country, materialized via the Unified Health System (SUS), are organized and made available to the population in a Network “format”: each one with its level of complexity so that, together, they can provide comprehensive care and attention to the health of the population. Primary Health Care, proposed as a preferred gateway and care coordinator throughout the Health Care Network. In view of this, the Ministry of Health, in its priority action plan, includes the Family Health Program (PSF) as the main organization strategy for Primary Health Care, today known as the Family Health Strategy (ESF). This strategy defines the composition, logic and functioning of the Basic Health Units (UBS). In them, the work is carried out by several professionals and, among these, are the social workers, inserted in the team as a professional to support the basic family health team. In this sense, this research aims to verify the professional practice of social workers in Primary Health Care, in the city of Mossoró-RN. For that, we carried out a quantitative and qualitative study, in which the methodology included bibliographical and field research.

**Keywords:** Health Policy. Primary Health Care. Social service.

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CF – Constituição Federal  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
eCR – equipe de Consultório na Rua  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
eSB – equipe de Saúde Bucal  
eSF – equipe Saúde da Família  
ESF – Estratégia da Saúde da Família  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz  
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NASF-AB – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
NOB- SUS – Normas Operacionais Básicas SUS  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
PMF – Programa Médico da Família  
PMM – Prefeitura Municipal de Mossoró  
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Crianças  
UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	16
2.1.    Concepções de Saúde no mundo e ações de Saúde no Brasil: conceitos e sistemas de saúde em movimento.....	16
2.2.    Atenção Primária: A “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	24
<b>3. SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	31
3.1    Serviço Social e Atenção Primária à Saúde em Mossoró-RN.....	33
3.2    Ela é mesmo uma porta de entrada à saúde em Mossoró-RN? Importância das UBS’s para os usuários de Mossoró-RN na voz das assistentes sociais.....	37
3.3    Compreendendo as demandas postas ao Serviço Social na Atenção Primária à Saúde.....	40
3.3.1  “A articulação com os outros”: Equipe multiprofissional, articulação intersetorial com outras políticas e relação com o território.....	41
3.4    Desafios e potencialidades do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN.....	46
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	52
<b>APÊNDICE A</b> .....	55
<b>APÊNDICE B</b> .....	57

## 1. INTRODUÇÃO

A Saúde no Brasil teve uma longa trajetória de lutas da classe trabalhadora, até ser consolidada como uma Política Social de caráter universal. Em 1986 houve um grande marco da participação popular na luta pela Saúde: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). Outra marca história é a Constituição Federal de 1988, que assegura a elaboração de um sistema integrado de Proteção Social: a Seguridade Social. A Seguridade Social é composta pelo “tripé”: Saúde, como direito de todos; Previdência Social, de caráter contributivo; Assistência Social, com as proteções socioassistenciais básicas, para os que dela necessitarem.

No conjunto das políticas da Seguridade Social, a Saúde, sistematizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, tem como objetivo atender aos indivíduos de forma universal e integral. O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Assim como estabelece que a mesma “deve ser garantida mediante redução de risco de doenças e de outros agravos, ao acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Para tanto, conforme Brasil (1988; 1990a), prioriza-se a ação por meio de políticas sociais e econômicas, de impacto na saúde coletiva das populações.

Diante disto, o Ministério da Saúde (MS), em seu plano de ações prioritárias, criou o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup> que, desde o seu surgimento, tinha como ênfase a promoção da saúde e a prevenção de doenças e outros agravos, assim como o conhecimento *in loco* das condições de vida das populações. Este programa, hoje ampliado e chamado de Estratégia de Saúde Família (ESF), é Estratégia prioritária de organização e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As Unidades Básicas de Saúde são tidas como “portas de entrada prioritárias” (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017), sendo, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

---

<sup>1</sup> Algumas referências datam essa criação no ano de 1993, enquanto outras datam a criação do Programa Saúde da Família em 1994. Acredito, no entanto, que isso deve se dar porque as referências que datam sua criação em 1993, apontaram para o mês de dezembro, último mês do ano. Acredito, com isso, que pode tratar-se de uma inconsistência temporal entre sua criação legal e o início de sua execução: do último mês de um ano, para início do seguinte.

Na Unidade Básica de Saúde, o trabalho é desenvolvido por vários profissionais e, dentre eles(as), por assistentes sociais. Essa profissão encontra-se inserida como “profissão de apoio” à equipe básica de Saúde da Família (eSF), seja por lei municipal que garante assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde (como é o único caso do Rio Grande do Norte que temos registrado: o caso do Município de Mossoró-RN). Seja por intermédio dos Núcleos Ampliados [de apoio] à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Seja de uma forma, seja de outra, reconhecer o(a) assistente social como profissional de Saúde, parte da compreensão de que os recortes e atravessamentos socioeconômicos interferem nas condições de vida, trabalho e saúde das populações.

É notório que assistentes sociais, na Atenção Primária à Saúde (APS), consoante ao seu Código de Ética Profissional (1996) e com acúmulo ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico (IAMAMOTO, 2006) da profissão, buscam contribuir com a garantia do conjunto dos direitos (sociais, humanos, defesa da saúde do trabalhador e etc.) nos serviços da atenção à saúde; Seja no que se refere à Atenção Primária à Saúde, seja na articulação com outros serviços de saúde, seja em articulação intersetorial (com outros serviços, de outras políticas sociais – como, por exemplo, com a Assistência Social).

Acreditamos que a maior contribuição desta profissão na área da Saúde trata-se de sua potência para contribuir com ampliação da concepção de Saúde: provocando para que o entendimento acerca da Saúde e as ações em torno da Saúde venham além da dinâmica de doenças. Nesse sentido, buscando cada dia o fortalecimento da categoria e reforçando o compromisso dos mesmos no enfrentamento às expressões da *questão social*<sup>2</sup> e na garantia de direitos.

Ao fazer um levantamento das monografias do ano de 2015 ao ano de 2019, da Faculdade de Serviço Social (FASSO) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), por meio dos cadernos de registros da Biblioteca Setorial do referido Departamento (DESSO), obtive o resultado de 175

---

<sup>2</sup> Para Iamamoto (2006), o conceito de *Questão Social* é a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO; IAMAMOTO, 2006. P. 77).

monografias defendidas. Dentre elas, 23 temas versam sobre a área da saúde no geral; enquanto apenas 3 tratam da Atenção Primária à Saúde. Tendo em vista que poucas pessoas têm escrito sobre um tema que está ligado aos limites e desafios do usuário e do assistente social na Política de Saúde Pública no Brasil, e no caso desse trabalho e da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), com foco em Mossoró-RN e no referido estado, percebo a importância desta pesquisa como uma possibilidade de sanar esta lacuna.

Vejo a relevância em escrever sobre este tema, que está ligado tanto às condições de acesso de usuários ao Sistema Único de Saúde no nível de Atenção Primária, quanto, e especialmente, por buscar a compreensão acerca de limites, desafios, e potencialidades de assistentes sociais na Saúde Pública, também no nível Primário, sistematizando sobre a realidade do Município de Mossoró-RN e podendo refletir, futuramente, acerca da realidade de outros municípios no que diz respeito a esses temas.

Este estudo tem como **objetivo geral** verificar o exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, no Município de Mossoró-RN. O referido objetivo geral desdobra-se em três **objetivos específicos**: 1. Apreender o papel do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, no município de Mossoró-RN; 2. Compreender as principais demandas do exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, no município de Mossoró-RN; 3. Identificar os desafios e potencialidades do exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Mossoró-RN.

Essa busca por entender como se dá o exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, no município de Mossoró-RN, tem como motivação minha identidade de trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) há 12 anos. Trabalho em uma Unidade Básica Saúde como técnica de enfermagem, em outro município, também do estado do Rio Grande do Norte e, nele, não dispomos de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, embora saibamos o quanto é essencial o trabalho desta profissão em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

E, como profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), tenho sentido a lacuna na ausência dessa categoria profissional em muitos casos que

atendemos. Assim, vejo a minha realidade como motivação para entender e aprofundar conhecimentos. Vejo que o estudo dessa temática se apresenta de modo relevante para a Universidade na medida em que contribuirá e poderá subsidiar novos estudos acerca do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde, especialmente na sistematização e problematização acerca do exercício da profissão de Serviço Social na realidade local de Mossoró-RN. E podendo ser ponto de partida para pesquisas sobre esse tema em outras realidades locais (de outros municípios).

Esta pesquisa tem natureza quanti-qualitativa, tendo em vista que fizemos uma primeira e breve abordagem quantitativa acerca de: quantas monografias encontramos sobre o tema na Biblioteca Setorial da UERN; com quantas assistentes sociais às UBS nas quais estão alocadas nossas entrevistadas podem contar; seus vínculos de trabalho e sua carga-horária, com reflexão acerca dessas informações em nossa pesquisa de campo.

Com exceção desses dados e dessas reflexões, nosso trabalho tem primordialmente a natureza qualitativa para análise dos outros elementos nos quais resultaram as entrevistas, tendo em vista que, na ocasião, este estudo considera o nível de realidade social vivenciada no espaço de trabalho sem estamos buscando o foco em sua quantificação. Isto é, trabalharemos no universo dos significados, princípios, perspectivas, visões de mundo e atitudes, possibilitando o conhecimento para além do aparente, segundo (MINAYO, 2006), no caminho de descortinamento proposto a partir do método do Materialismo Histórico Dialético.

O método utilizado é o Materialismo Histórico Dialético. Sendo este -tendo como base as ideias de Marx- história, ciência da história, por meio do qual se procura desvelar condições sociais de existência e de vida dos indivíduos humanos, estudando os fenômenos por meio da história, do movimento, da contradição, do conflito entre as classes (NETTO, 2011). Dito isto, consideramos necessário analisar os fenômenos da realidade social vivenciada por profissionais do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, no município de Mossoró/RN, buscando explorar as várias determinações, buscando descortinar os "fenômenos" para além de como os mesmos aparece no cotidiano. (NETTO, 2011).

No processo de investigação realizamos revisão bibliográfica e pesquisa de campo. Assim como também fizemos uso de alguns documentos oficiais da Saúde Pública no Brasil (políticas de saúde) e de legislações da referida área. Na revisão bibliográfica, nos debruçamos sobre três categorias teóricas: **Política de Saúde**, tendo como principais aportes teóricos Bravo (2006), Brasil (1986; 1988; 1990a; 1990b; 2011; 2017), Sciliar (2007). **Atenção Primária à Saúde**, tendo como principais autores Giovanella (2009), Brasil (2017; 2009), Rodrigues (2014). **Serviço Social**, nos aportando especialmente em: Bravo e Matos (2009), CFESS (2010; 2011), Almeida (2018), Silva (2013).

Quanto à pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco assistentes sociais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Mossoró-RN, cujo roteiro encontra-se no apêndice 01 deste trabalho monográfico. Foi feito um roteiro de perguntas diretas e abertas. Para Minayo (2006), a técnica da entrevista semiestruturada trata-se da combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se perder a indagação formulada.

Realizamos as referidas entrevistas no mês de fevereiro do ano de 2023. Foi utilizado gravador, lápis e papel para transcrever as falas das mesmas. Das cinco entrevistadas, três são servidoras públicas efetivas e duas são profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica<sup>3</sup> da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), em parceria com a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM). As referidas assistentes sociais estão inseridas nas Unidades Básicas de Saúde de diferentes bairros de Mossoró/RN. As profissionais foram escolhidas através da técnica “rede de contatos”, também conhecida como “bola de neve”. Essa técnica bola de neve, é conhecida como uma técnica útil para pesquisa de grupos que não há precisão sobre sua localidade/quantidade.

---

<sup>3</sup> Programa de Residência Multiprofissional de Mossoró-RN é um programa com financiamento do Ministério da Saúde e gerido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em parceria com a Prefeitura Municipal de Mossoró. Funciona como ensino-serviço: pós-graduação e trabalho. Anualmente, são selecionados(as) profissionais de 6 áreas profissionais (a saber: Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia). Tais profissionais atuam em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Mossoró-RN, por dois anos. Têm preceptoría de campo e de núcleo. Atuam em equipes multiprofissionais. “Formar profissionais para a área de saúde a partir da inserção destes na atenção básica de Mossoró, onde possam, no exercício permanente da educação no serviço, realizar práticas de saúde que articulem o ensino, a pesquisa e a atenção, segundo os princípios e diretrizes do SUS” (Disponível em: <https://www.funcitern.org/residencia-multiprofissional>).

Em todo o processo, garantimos o sigilo quanto à idade dos sujeitos de pesquisa. Nesse sentido, cabe dizer que a pesquisa não passou pelo comitê de ética, mas foi regido pelas normatizações éticas da profissão de Serviço Social. Nosso principal parâmetro foi o Código de Ética Profissional (1993) e nosso principal instrumento garantidor de maior segurança para os sujeitos de pesquisa foi o termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os TCLE's, as gravações e transcrições das entrevistas serão guardadas por mim por 5 anos, a contar da data da defesa deste trabalho.

Garantimos o anonimato das participantes na pesquisa, fazendo uso de codinomes e não expondo informações que, de alguma forma, identifiquem a pessoa entrevistada para manter o sigilo. Trocamos os nomes das entrevistadas por outros nomes de mulheres, de forma aleatória. As transcrições das entrevistas, assim como os áudios de gravações serão armazenados e guardados por 5 anos sob a responsabilidade do pesquisador, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1. Concepções de Saúde no mundo e ações de Saúde no Brasil: Conceitos e Sistemas de Saúde em movimento**

O autor Moacyr Scliar (2007) mostra que há movimento, mudança, acerca do que se entende por saúde e doença no decorrer da história. O referido autor ilustra que o conceito de saúde sofreu várias transformações em cada momento histórico. Aponta que a sua definição perpassa um processo que está relacionado com fatores sócio-políticos, econômicos e culturais. Exemplifica isso argumentando que, na história de várias civilizações e de vários países da Europa, a saúde não representava a mesma coisa: “dependia da época, do lugar, da classe social” (SCLIAR, 2007, p. 30), das teorias encontradas para explicar o mundo, em suas palavras, “dependerá [também] de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (SCLIAR, 2007, p. 30).

Nos diferentes momentos históricos vivenciados em cada época, não só a forma de se entender o que é saúde mudou, mas também o fazer sanitário passou por várias mudanças. Ou seja, na história geral, e na história do Brasil em particular, registra-se diferentes formas de oferecer ações de saúde (diferentes modelos assistenciais em saúde).

A saúde no Brasil teve sua primeira expressão como política de estado no ano de 1923, quando foi aprovada a Lei Eloy Chaves. A referida Lei cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) com finalidade de proteção previdenciária na doença e na velhice dos trabalhadores do mercado formal e seus dependentes. Logo após, na década de 1930, esse modelo é substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) (BRAVO, 2006)<sup>4</sup>. Permanecendo, ainda, seu caráter contributivo.

Como contexto do período supramencionado, ou seja, a década de 1930, Bravo (2006) aponta o avanço das indústrias, capital crescente, acúmulo de capital e grande êxodo rural, o Estado passa a intervir de forma mais direta nas

---

<sup>4</sup> Quanto às diferenças entre CAPs e IAPs, pode-se enlencar que o CAPs não era considerado um “direito à previdência”, e sim um direito contratual, baseado nas contribuições ao longo do tempo. Ainda na década de 30, surgiu a medicina previdenciária que surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Os IAPS eram categorizados de acordo com a profissão da pessoa e não de acordo da empresa como era o caso dos CAPs, mas o direito à assistência ainda era exclusivo aos trabalhadores formais, em ambos os casos (BRAVO, 2006).

expressões da questão social. Nesse período a saúde era dicotomizada em saúde pública e medicina previdenciária (BRAVO, 2006). Sendo que o que se tinha por “saúde pública” naquela época era substancialmente diferente do que se tem hoje com o SUS.

Das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), algo não mudou: O acesso a essa política era limitado apenas aos trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes. Além disso, tinha um caráter contributivo. Ou seja, se comparamos com a Previdência Social hoje, fica fácil de compreender: Naquele contexto, só poderia ter acesso às consultas, atendimentos e direitos a seguros por adoecimentos pelo trabalho, se contribuísse previamente. Estamos falando aqui de uma saúde muito diferente da perspectiva de universalidade.

De tal maneira, podemos apontar uma distinção, que também podemos chamar de desigualdade: a medicina previdenciária atendia a uma parcela dos trabalhadores urbanos vinculados ao mercado de trabalho formal, que possuíam carteira assinada. (BRAVO, 2006; BRASIL, 2016). Já a saúde pública, tendo como direção o até então denominado Ministério da Educação e Saúde Pública<sup>5</sup>, se definia por campanhas de informação e vacinação, assim, era centralizada na criação de condições mínimas, ou seja, de forma mínima para uma pequena parte da população urbana e do campo (BRAVO, 2006; BRASIL, 2016).

Na história da saúde no Brasil, destaca-se que os trabalhadores (formais e informais, com empregos ou desempregados, da cidade e do campo), não satisfeitos com o modelo da política vigente, se juntaram com profissionais da saúde para lutar por uma saúde pública, gratuita, ampliada e universal, que garantisse o acesso a todos.

Em contraposição ao contexto da histórica reprodução do atendimento às situações de saúde de uma forma médico-centrada, ou seja, centrada na busca de tratamento e cura quando se está doente e no foco às profissões clínicas, médicas e biomédicas para o atendimento; A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) veio alicerçada na concepção ampliada de saúde, significando um importante passo e referência diária para as práticas de trabalhadores(as) do

---

<sup>5</sup> Em 1953 que o Ministério da Saúde foi criado em formato individual (BRASIL, 2016).

SUS para a transformação no modelo assistencial de saúde da sociedade brasileira (SCLIAR, 2007).

Bravo (2009, p. 09), destaca que algumas pautas centrais do Movimento de Reforma Sanitária<sup>6</sup> eram as seguintes:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 09)

Dessa forma, devemos destacar que o Movimento de Reforma Sanitária tem, nesse contexto, uma forte crítica às formas como historicamente a saúde acontecia no Brasil. Tendo como defesa central a saúde como direito de todos, a questão sanitária trazida pelo Movimento de Reforma é pautada como uma alternativa para a reformulação do Sistema de Saúde vigente, vinculando a temática da saúde à temática da democracia, da cidadania.

Pensava-se a saúde e a criação de um sistema Universal como um dos caminhos para desconstruir a desigualdade histórica no acesso à saúde que antes era definida por: trabalhadores de carteira assinada, pessoas que podiam pagar; enquanto a maior parte da população estava desprovida dos serviços, restando a filantropia e as atividades campanhistas. Com isso, o Movimento de Reforma Sanitária conecta-se com o período da redemocratização no Brasil, fazendo com que o processo de redemocratização ganhasse força (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na história do Movimento de Reforma Sanitária, uma data é significativamente central: o ano de 1986. Neste ano aconteceu um fato muito importante, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Bravo (2006):

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas,

---

<sup>6</sup> O movimento da Reforma Sanitária nasceu em meio às lutas no início dos anos 1970. Chegando ao seu ápice na década de 1980, período da redemocratização. Essa expressão foi usada para se referir às mudanças e transformações necessárias na área de saúde, em busca de melhorias das condições de vida da população.

dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006, p. 09)

A força da mobilização popular desse período, do qual a 8ª Conferência Nacional de Saúde se destaca como fato marcante, tem como desfecho as conquistas quanto à saúde pública e universal garantidas na Constituição Federal de 1988. O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 se materializa no art. 196 que preconiza:

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

Os principais pontos aprovados nessa Constituição em relação à saúde foram: O direito universal à saúde; A saúde como um dever do Estado; A constituição do Sistema Único, integrando todos os serviços públicos de saúde em uma Rede – cada serviço e nível de atenção à saúde cada qual com seu nível de complexidade e função para, juntos, atenderem à integralidade do cuidado e da atenção à Saúde da população.; Além da preservação do acúmulo do que foi debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde; A proibição da comercialização de sangue e seus derivados e a participação do setor privado na saúde pública de forma complementar (por convênios) (SILVA, 2013, p.19).

Em 19 de Setembro de 1990 foi publicada a Lei 8080/90, que ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Além disso, o SUS também foi regulamentado pela Lei 8.142/90 que melhor expressa o direito ao Controle Social e a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como diz respeito ao financiamento (repasso de verbas entre as esferas de gestão). Sistema Único de Saúde se constitui em diretrizes que são:

Descentralização, com direção única em cada esfera de gestão do governo; Atendimento integral, com prioridade para atividades

preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da Comunidade. (BRASIL, 1988; SILVA, 2001, p. 26)

Já a sua Lei Orgânica, Lei 8080/90, traz um conjunto de princípios doutrinários e organizativos, que vão orientar a construção do Sistema Único de Saúde. Esses devem orientar até hoje o funcionamento dos seus equipamentos sociais (instituições diversas) e as práticas das diversas profissões que ocupam o lugar de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas palavras de Silva (2013), se embasando na referida Lei, que regulamenta o SUS:

- Universalidade: O acesso aos serviços médicos deve ser garantido a todos os indivíduos, independente de raça, sexo, renda, etnia dentre outras características sociais;
- Equidade: Na Constituição Federal, equidade foi definida como igualdade de acesso, ou seja, igualdade da assistência à saúde sem preconceitos, sem distinção ou privilégio que qualquer espécie;
- Integralidade: Significa considerar a pessoa como todo, partindo do princípio que as ações de saúde procuram atender a todas as suas necessidades;
- Hierarquização: Entender como um conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos;
- Participação Popular: Democratização dos processos decisórios por parte da sociedade, ou seja, se confirma como uma instância de participação popular com caráter deliberativo sobre os rumos da política e saúde nas três esferas do governo;
- Descentralização: Consolida-se a partir da municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. (SILVA, 2013, p. 20 a 21).

Legalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) está estruturado como um sistema de serviços que garantem consultas, exames, vacinas, internações, campanhas de prevenção de doenças, disponibilização, ainda que de forma limitada, de medicamentos, acompanhamento com pacientes, seja no âmbito hospitalar, domiciliar ou no território. Garante atendimento de Urgência e Emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), garante atenção às demandas de saúde mental por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus, dentre outros serviços, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e etc. (BRASIL, 2010).

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se de atendimento direto, mas não só. Quando dizemos que “o SUS é para todos” (BRASIL, 1988), diferentemente da política de Assistência Social, que dizemos “para todos que

*dela necessitar*” (BRASIL, 1993), podemos exemplificar a partir de um fato do cotidiano: até quando não vamos a um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) buscar atendimento, fazemos uso do mesmo. Para respaldar essa nossa afirmativa, trazemos aqui um quadro ilustrativo com informações extraídas de uma matéria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), vinculada a Fiocruz-RJ:

<b>Tabela 01 - SUS em Todo Lugar</b>		
<b>1</b>	Supermercados, lanchonetes e restaurantes.	Isso cabe a vigilância sanitária, a fiscalização e qualidade de alimentos para o seu consumo.
<b>2</b>	Viagens	A vigilância sanitária fiscaliza a circulação de pessoas, bens e serviços nos portos de entradas, áreas propícias à disseminação de doenças.
<b>3</b>	Na água	O Programa Nacional de Vigilância da Água para o consumo humano (Vigiagua).
<b>4</b>	Plano de Saúde	Por meio da Agência de Saúde Suplementar (ANS), fiscaliza, regulamenta, qualifica e habilita os planos de saúde.
<b>5</b>	O seu pet no veterinário	Por meio da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (Subvisa), que verifica as normas sanitárias naqueles locais.
<b>6</b>	Nas farmácias e postos de vacinação	Nas farmácias, os usuários podem consultar o valor máximo de medicamentos definido pela Anvisa. Já nos postos de vacinação, é através do Programa Nacional de Imunização (PNI), que são oferecidas as principais vacinas para a população.

Fonte: elaboração própria, com informações extraídas e selecionadas da Fiocruz (2020). Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49675>. Acesso em 05 de abril de 2023.

A tabela acima mostra que a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) vai além de atendimentos em hospitais. Este chega ao cotidiano para cidadãos que utilizam até mesmo o setor privado. Por isso, devemos continuar lutando para defender o esse Sistema, por melhores condições de atendimento, para que se faça um atendimento de qualidade.

Com isso, nos cabe dizer que o SUS foi um sistema criado para atender toda população, independentemente da sua condição econômica e social. No entanto, a situação atual e real apresenta um acesso restrito aos serviços por questões de funcionamento, má administração dos recursos e pelo processo de privatização que tem avançado nas últimas décadas. Como importante determinante disso, temos a influência neoliberal para as políticas sociais. Nas palavras do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) o quadro é o seguinte:

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros (CFESS, 2010, p. 22).

A saúde enquanto Política Pública de qualidade, hoje em dia ainda se torna uma grande vertente de reivindicações e lutas, tendo em vista ser uma política sucateada, favorecendo assim a ser uma política privatizada. O que favorece essa privatização seria a falta de profissionais, de medicamentos, baixos salários dentre outros.

A Política de Saúde no governo Lula, estava dividida entre Público e Privado, havendo uma expectativa de um novo olhar. “Esperava-se que as Políticas Sociais adquirissem caráter universalista, entretanto não se obteve êxito; a Política de Saúde continuou prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais.” (CFESS, 2010)

Segundo Kruger (2014), neste governo crescia-se o investimento dos planos de saúde, os recursos públicos, a maioria eram destinados ao setor privado, ou seja, se tinha um retorno bem maior, acerca do que se estava sendo investido. A articulação direta era flexibilização, com cunho desenvolvimentista que reproduziria “crescimento” para o país e conseqüentemente para as demais políticas sociais.

No governo Dilma, não houve grandes mudanças, segundo Kruger (2014), o modelo privatista desenvolvido por Lula continuou sendo reproduzido por ela, ou seja, apesar de discussões realizadas através dos conselhos de saúde e de outras entidades representativas, há uma grande regressão o que tange a saúde enquanto direito universal, investindo mais no setor privado fragmentando o SUS, impedindo o acesso dos serviços com qualidade e de forma igualitária.

No governo de Michel Temer, a negação de direitos e as ideias conservadoras, nos remetem a uma regressão de todas as conquistas obtidas no nosso contexto histórico de lutas e reivindicações que perpassam a nossa construção histórica. Com o congelamento de gastos nos setores de suma importância como o da saúde, levará a precárias condições dos serviços oferecidos, causando assim um grande impacto, principalmente na política de saúde, causando precárias condições dos serviços oferecidos, o que limita o acesso à garantia de direitos (BRAVO; PELAEZ, 2020).

A política de saúde no governo Bolsonaro não foi diferente, houve uma grande retirada de direitos para a classe trabalhadora (BRAVO; PELAEZ, 2020), inclusive no setor da política de saúde, com o aprofundamento das contrarreformas, verificando-se a aceleração das políticas que contribuem com o desmonte do Estado, acelerando o processo de privatização. Exemplo disso é o fim do financiamento federal para o Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB). Além disso, rebateu a Atenção Primária em 2019, com o corte de verbas para o programa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No ano seguinte, foi decretado estado de calamidade pública, junto ao primeiro ano de pandemia da Covid-19, tendo as filas do Sistema Único de Saúde (SUS) multiplicadas. A situação piorou com a falta de cirurgias eletivas e de consultas ambulatoriais com especialistas, trazendo grandes impactos para a Atenção Primária.

Em 2020, o então ministro da economia Paulo Guedes, incluiu a Atenção Primária no Programa de Privatização do Governo Bolsonaro, no entanto, não obteve êxito. A ofensiva contra a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) não parou por aí: o governo desativou o Programa Mais Médicos, e modificou a lógica de financiamento da Atenção Primária, fazendo com que

várias cidades do país perdessem recursos, prejudicando grande parte da população brasileira.

## **2.2. Atenção Primária: A “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde no Brasil**

Conforme abordado no item anterior, os modelos de organização da saúde no século XX, que pendurou até a década de 1980 no Brasil, eram os modelos campanhistas-sanitaristas e médico-centrados. Assim como, o acesso aos serviços de saúde não estava à disposição de todas as pessoas, mas limitado aos trabalhadores que tinham carteira assinada, seus dependentes e aqueles que poderiam pagar por atendimentos no setor privado. À outra extensa parte da população, restavam apenas vacina e informação por meio da atuação do setor da Saúde Pública.

Sobre as experiências do “olhar primário” para a saúde das populações, na trajetória do Brasil, podemos citar que, Costa (2009), Bravo (2006) e Matos (2009), apontam para experiências de “Centros de Saúde” que surgiram na década de 1920. A função desses Centros seria a de “injetar” na população uma educação sanitária através de suas ações básicas que correspondiam a higiene pré-natal, pré-escolar, infantil, verminose, laboratórios e tuberculose. Os profissionais que contribuía para o desenvolvimento da instituição eram os médicos, enfermeiros e visitantes (COSTA, 2009, BRAVO E MATOS, 2009). Nas palavras de Giovanella, esses centros de saúde aconteceram em vários lugares do mundo (2009, p. 589):

Nos países socialistas, os centros de saúde foram o modelo de atenção ambulatorial predominante, os países socialistas da URSS e do leste europeu comportavam um terço da população mundial e representaram o modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, articulando serviços clínicos e preventivos de acesso universal e gratuito. A equipe básica era constituída por clínico geral ou internista pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeiros e pessoal auxiliar, esses serviços eram chamados de policlínicas e situados em locais de trabalho (Roemer, 1985 *apud* GIOVANELLA, 2009, p. 589-590).

Segundo a mesma, além da experiência também ter acontecido em outros países, ela mantém uma relação com o Brasil. Conforme Giovanella (2009, p.589-590):

A Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública nas décadas de 1930 e 1940, o que inspirou no Brasil, na época, a criação de centros de saúde e unidades do Serviço de Saúde Pública (Sesp) com apoio da fundação. Exceto para certas doenças transmissíveis – como doenças venéreas<sup>7</sup> e tuberculose, para as quais eram realizados tratamentos como medida para prevenir contágio –, esses centros de saúde não prestavam atendimento clínico nem para os pobres, os quais eram tratados nos ambulatórios de hospitais após comprovarem sua indigência. A idéia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas também somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos EUA (GIOVANELLA, 2009, p. 589).

De acordo com essa autora, na década de 1970, deu-se início ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O referido Programa tinha como objetivo fazer chegar atenção à população excluída do acesso à saúde. Tais serviços foram organizados nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil com vistas a expansão da cobertura em lógica similar ao que se tornaria a Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA, 2009).

Em 1970 aconteceu um marco histórico mundial da Atenção Primária à Saúde, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esta Conferência ficou conhecida na história como “Conferência de Alma-ata”, por seu lugar de ocorrência, em Alma-ata, no Cazaquistão. A mesma representa um marco significativo nos debates sobre o direcionamento das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano e fundamental (SILVA, 2013).

A Conferência de Alma-ata foi um marco muito importante para a atenção primária, contexto no qual se via uma necessidade de a Saúde ter um olhar mais ampliado, desenvolvendo concepções mais abrangentes. A realização da conferência se deu para difundir novos modelos alternativos de atenção à Saúde,

---

<sup>7</sup>As doenças venéreas como eram popularmente conhecidas por ser uma doença infecto contagiosa, que doenças essas que podem ser transmitidas. Esse termo passou a ser DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), em seguida IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), sendo doenças que são principalmente transmitidas por meio de contato sexual sem o uso de preservativos por parte da pessoa infectada. Essa mudança de nomenclatura tem como importância contribuir para diferenciar, por exemplo: pessoas vivendo com HIV (a infecção) diferenciada de situação com AIDS desenvolvida.

e assim a Atenção Primária à Saúde começou a se desenvolver com mais abrangência, sendo uma ideia de Saúde para todos, ou seja, uma Atenção Primária universal.

Na década de 1980 foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que pretendia estender os benefícios aos centros urbanos e minimizar o efeito da crise previdenciária, que provocou mudanças significativas ao ampliar as formas de atendimento à saúde (GIOVANELLA, 2009).

Em 1991 foi implantado o programa de Agente de Saúde (PACS), ainda como experiência, com o objetivo ao controle de epidemias e com relação com a intervenção em quanto à desnutrição de crianças no Nordeste (SILVA, 2013). A implementação do PACS foi de caráter emergencial para dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Ainda em 1991, o Ministério da Saúde (MS) elaborou as Normas Operacionais Básicas (NOB), que definiu os princípios de estratégias que orientassem o funcionamento e a operacionalidade do SUS, sendo assim, a NOB passou a ser referência, tornando-se um mecanismo de viabilização do SUS (SILVA, 2013).

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) foi inspirado pelo Programa Médico de Família (PMF), programa que teve influência no modelo cubano, no qual o médico é dito como centro da atenção à saúde levada até a família das populações em risco social. (SILVA, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF) deu-se no ano de 1991 através dos bons resultados o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs). O Governo Federal implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), consolidando-o como estratégia principal para reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, que ocorreu a partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF) se deram com equipes mínimas e em áreas que houvesse maior risco social. Ou seja, priorizou-se a população mais pobre, com cesta restrita de serviços e de baixa articulação com o restante da rede assistencial. Os resultados positivos dessa experiência do Programa, fez com que o novo modelo de atenção à saúde se expandisse na sua forma de atuação. “No entanto, é [só] a partir de 1998 que

esse modelo de atenção à saúde se consolida com ações reguladas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade da descentralização, da corresponsabilização e da equidade (...) em consonância com os princípios do SUS.” (Trad & Bastos, 1998, *apud*, Silva, 2013, P. 27).

No dia 2 de março de 2006 foi emitida a portaria nº 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual ficou estabelecido o Programa de Saúde da Família (PSF) como formato prioritário recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), para organizar a Atenção Primária nos preceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central do Programa de Saúde da Família (PSF) “é potencializar a neo-orientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica de saúde”. (FARIAS, 2010, p. 42)

Inclui serviços de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem caráter multiprofissional, composto<sup>8</sup> por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e ainda tendo a possibilidade de novos profissionais. Em 2011, o PSF foi redimensionado, passando a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta é entendida como uma proposta com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. A sua prática se objetiva de acordo com os preceitos do SUS. A ESF organiza as UBS buscando uma prática na promoção à saúde com ênfase na integralidade da atenção à saúde.

Desde as Normas Operacionais Básica de 1996 (NOB-96) se explicitou a Estratégia de Saúde da Família na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96). A partir daí a Atenção Primária à Saúde (APS) assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção do sistema de saúde voltado para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

---

<sup>8</sup> Segundo está descrito na PNAB (BRASIL, 2017), a eSF (equipe de Saúde da Família) e eSB (equipe de Saúde Bucal) são equipes formadas por médicos que atuam na atenção primária, a ESF é multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Já a ESB é composta por cirurgião-dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal.

A NOB 96 estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos federais para estados e municípios, dessa forma compreende-se que nessa se encontra a descentralização financeira, focalizando a Atenção Básica como prioridade no qual os municípios assumiram a organização da rede básica de saúde, de modo que os recursos a ela designado foram cada vez mais significativos, para qual recebiam recursos de custeamentos para um conjunto limitado de procedimento (BRASIL, 2006, *apud* SILVA, 2013, P. 25). A relevância quanto ao município executar a rede básica é entendida pela capacidade de o mesmo de conhecer de mais perto a realidade, a importância de não fazer sozinho e ter o suporte estatal e federal.

A Declaração de Alma-ata sobre a organização da Atenção Primária à Saúde recomenda que essas instituições sejam de serviços locais de saúde centralizados nas necessidades de saúde da população e fundamentados em um ponto de vista interdisciplinar que envolva médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social da gestão e controle de suas atividades (MATA E MOROSINI, 2009, *apud* SILVA, 2013, p. 2).

O território ancora a política de Atenção Primária à Saúde como instrumento ao contexto social, econômico e político, cultural e ideológico, a territorialização é como um instrumento do planejamento local na atenção básica. No território compreende-se a uma relação de produção-trabalho, saúde-doença. “Conforme a PNAB, os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, possibilitando uma nova visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na atenção primária”. (BRASIL, 2017)

Na extensa citação abaixo, Giovanella (2009) explica, em linhas gerais, o que significa e do que se trata uma Atenção Primária em Saúde:

- Envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores;
- Engloba cuidados essenciais; [...];
- Direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- Seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade [...];

- Representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham; [...];
- Deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade (GIOVANELLA, 2009, p. 580)

Refletindo acerca da citação acima, podemos apontar que a Atenção Primária à Saúde não deve e nem consegue, com resolutividade, funcionar sozinha. Ela demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Por isso é importante que sua atuação seja intersetorial. Esse entendimento, por si, aponta para a compreensão de que a saúde não é simplesmente a ausência de doença ou de enfermidade.

O território é de suma importância na APS, permitindo assim identificar os problemas de saúde que vão além de saúde-doença, criando vínculo entre equipe e comunidade, tendo em vista que o território viabiliza um diagnóstico com mais precisão da comunidade. A Atenção Primária além de ser o primeiro contato, se trata também de ser uma rede de comunicação entre toda a rede de atenção ao SUS, servindo também para organizar e desafogar o fluxo de outros serviços nas redes de saúde, partindo do mais simples ao mais complexo.

Nesse sentido, podemos refletir que o primeiro atributo da Atenção Primária é constituir-se como serviço de primeiro contato. Ou seja, é dada como ponto de partida para estruturação dos sistemas de saúde de cada Município. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, é o primeiro serviço acessado pela população, especialmente pela proximidade com os territórios onde vivem e trabalham as pessoas.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangem um determinado território e se responsabiliza por uma quantidade de habitantes. Seu planejamento é direcionado para a comunidade, identificando grupos, famílias e indivíduos, a partir do entendimento das situações socioeconômicas e priorizando grupos de riscos, mapeando condições de adoecimentos, de riscos, de violências, de violações de direitos, mas também do potencial do território nas práticas promotoras de saúde.

Nessa conjuntura, a Atenção Primária à Saúde tem sofrido ameaças com o desmonte e rebatimentos no neoliberalismo. Ela vem sendo atingida por uma onda de contrarreformas em políticas que foram ampliadas, as fontes de custeios federais foram fragilizadas, bem como o financiamento da APS. Tivemos um grande impacto na Atenção Primária à Saúde, que foi em função do fim do financiamento federal para financiar equipe de Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB).

### 3. SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste capítulo abordaremos um breve resgate histórico da inserção do Serviço Social na Política de Saúde. Assim como, discutiremos a atuação da referida profissão na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Bravo e Matos (2009) a saúde é o maior campo de atuação de assistentes sociais. Junto com a Assistência Social, são os campos com mais empregos ocupados pela referida categoria profissional. Dessa forma, torna-se relevante mencionar e caracterizar sua importância nesse espaço sócio-ocupacional. Consideramos que tal profissão contribui de forma significativa para a politização no campo da saúde, ou seja,

O Serviço Social no Brasil se institucionaliza a partir da década de 1930, em meio a relação conflitante advinda do capital e o trabalho, nesse período a classe trabalhadora reivindicava soluções para os problemas sociais advindos pelo capitalismo. Os antecedentes da ação profissional de são por intermédio da igreja católica em uma conjuntura econômica e política conservadora que teve o objetivo de atenuar as expressões da questão social, a qual era tida muito tempo como questão de comportamento e caridade (BRAVO; MATOS, 2009).

Na década de 1940, o Serviço Social se expandiu, relacionado ao acirramento das mazelas que o capitalismo trouxe e, assim, assistentes sociais se expandem na área da saúde. Esta ampliação de assistentes sociais na saúde se realizou com maior efervescência, em 1948, devido ao novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que deduz: “Saúde é um bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade” (Scliar, 2007, p. 37).

A inserção do Serviço Social no campo da saúde se deu através de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico, denominado de serviço social médico, ou seja, como um trabalhador complementar na atividade médica, e assim também chamado de paramédico. Sendo requisitado para intervir com prática educativa de higiene e saúde no modo de vida dos usuários que utilizavam os serviços de saúde.

Como já visto no início deste trabalho, em 1988 a Constituição Federal institui a saúde como um direito de todos e dever do Estado, fazendo com que todos esses direitos fossem assegurados e garantidos por lei, assim a saúde

passou a fazer parte do tripé da seguridade social junto com a previdência e assistência. Com a efetivação da política pública e universal de saúde no Brasil chama-se em maior grau a atenção para a necessidade de inserção de assistentes sociais na saúde. Por terem sido vistos como profissionais que atuassem nas demandas que se apresentavam nessa política: buscando intervir nos determinantes sociais que o usuário apresenta, vinculados à saúde-doença, buscando assim intervir nessa realidade. Para a Lei 8080/90, conforme o seu Art. 3º:

Art, 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

O referido artigo traz junto a si um parágrafo único que diz que “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1988).

A inserção do Serviço Social no campo da saúde no Brasil ocorreu na década de 1970 com aproximação das ideias do modelo sanitário. Já a atuação na Atenção Primária ocorreu a partir da década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posterior se tornando Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRAVO; MATOS, 2009).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde passou a ser a porta de entrada para seus usuários, ou seja, o primeiro nível de atenção. Nesse sentido, esse nível de atenção deve fornecer ações de saúde para todas as condições desde promoção, prevenção e reabilitação à saúde, desta forma, foi sendo requisitado a atuação de outros profissionais para que o fazer saúde fosse além da prática médica. Para ilustrar essa ideia, trazemos aqui as palavras de Starfield (2002):

Sob esse novo paradigma foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o qual teve a organização pautada nos princípios de intersetorialidade; integralidade; descentralização; universalização e participação social. Para efetivar esses princípios no cotidiano dos serviços, foi preciso também reorganizar o modelo assistencial substituindo assim o modelo centrado nas doenças e no hospital como

prática imediatistas por um que mais se aproximasse da comunidade, do território e das famílias com práticas de acompanhamento longitudinal” (STARFIELD, 2002, *apud* Almeida, 2018, p. 234).

Nesse sentido, não podemos deixar de falar do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF-AB). Este surge em 2008 e chamava-se de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O referido Núcleo nasce com o objetivo de aumentar a resolubilidade da atenção primária, aumentando o escopo das ações, a partir de outras profissões além das profissões das equipes básicas que compõem as eSF (equipes de Saúde da Família), considerando o processo saúde-doença e os determinantes sociais. Tem como função garantir apoio clínico, sanitário e pedagógico (BRASIL, 2009).

Os NASFs são compostos por diversos profissionais, conforme definido pelos gestores municipais, por exemplo: assistente social, edprofissional de educação física, psicologia, fisioterapia, entre outros. “Portanto o SUS, ao reconhecer a saúde como resultante das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, tornou o Serviço Social, ao lado de outras áreas, uma profissão necessária à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde e doença”. (Medeiros, 2012. *apud* Almeida, 2018)

O Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde faz parte da equipe multiprofissional, na qual os profissionais são designados para contribuir diretamente com a efetivação e garantia de direitos dos usuários na instituição e também por meio de ações socioassistenciais, ações articuladas com a equipe de saúde e de outras políticas sociais e setores. Assim como por meio de ações educativas respeitando os princípios e diretrizes do SUS.

### **3.1. Serviço Social e Atenção Primária à Saúde em Mossoró-RN**

Nosso objetivo nesta pesquisa é o de analisar o exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde, no município de Mossoró-RN. Com isso, partindo das falas das profissionais entrevistadas, faremos uma análise acerca da atuação profissional do Serviço Social nesses espaços de saúde.

O presente estudo foi realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró-RN. Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2023, utilizando como instrumento de pesquisa entrevistas semi-estruturadas, contendo questões inerentes ao objetivo proposto. Em respeito aos preceitos

éticos na pesquisa, não identificaremos os nomes das entrevistadas, assegurando-lhes o direito do anonimato, daí a sua identificação com nomes fictícios e aleatórios.

Para darmos início à nossa abordagem da pesquisa de campo, iniciaremos contextualizando a Atenção Primária à Saúde no Município de Mossoró-RN. Em 1997 a cidade de Mossoró-RN iniciou o seu planejamento para a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Programa Saúde da Família (PSF). Logo após a implantação das ESF, os centros de saúde de Mossoró mudam sua nomenclatura passando, assim, a denominarem-se Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atualmente, a Atenção Primária à Saúde de Mossoró dispõe de 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS), contemplando zona urbana e zona rural, na qual nem todas possuem assistentes sociais.

Importante destacar que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de zona rural estão descobertas de assistentes sociais, ou seja, nenhuma conta com esse segmento profissional. Acreditamos que isso é um ponto sensível da realidade do acesso à saúde em Mossoró-RN por parte da população do campo (BRASIL, 2014b). Pois, além da dificuldade histórica da chegada de políticas sociais no campo, não ter um(a) profissional que contribua com o olhar acerca dos determinantes sociais de saúde, agrava ainda mais a situação. A luta história pela reforma agrária no Brasil não é uma luta apenas por terra. Mas para que nela se tenha acesso aos direitos essenciais e políticas públicas, incluindo o direito à saúde.

Além disso, não podemos deixar de destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS) conta com uma equipe de Consultório na Rua, desde um período localizado entre 2015 e 2016<sup>9</sup>, vinculada à UBS da Lagoa do Mato, que funciona no contra-turno. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mais atualizada, a de 2017:

Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção

---

<sup>9</sup> Por dificuldade na consulta oficial dessa informação na internet, questionamos ex-integrante do Programa pelo Trabalho para a Saúde Rede de Atenção Psicossocial: enfatizando o enfrentamento de álcool, crack e outras drogas (PET-Saúde/RAPS), programa financiado pelo Ministério da Saúde (MS) e gerido pela Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) do ano de 2014 ao ano de 2016. Este programa contava com bolsistas estudantes de Graduação dos cursos de Medicina, Serviço Social, Educação Física e Enfermagem, todos da UERN. Assim como contava com preceptores (profissionais do município de Mossoró-RN inseridos nos serviços de saúde mental da cidade. Tratavam-se de psiquiatra, enfermeira, assistente social e profissional de educação física.

integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica. [...] seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana (BRASIL, 2017, p. 14).

Em um segundo momento, buscamos fazer uma caracterização geral do trabalho das assistentes sociais nas Unidades Básica de Saúde do município até aqui em pauta. As informações que chamamos de “gerais” são: Quantidade de assistentes sociais na UBS em que a mesma está alocada; dias por semana nos quais a entrevistada trabalha; Turnos; Tempo de trabalho na UBS atual e, por último, se já trabalhou em outra UBS, seja de Mossoró-RN ou de outro Município. Abaixo, organizamos os resultados em um quadro abaixo:

<b>QUANTIDADE DE ASSISTENTES SOCIAIS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)</b>	
Unidades Básicas de Saúde (UBS's) nas quais trabalha apenas 01 assistente social	03
Unidades Básicas de Saúde (UBS's) nas quais trabalham mais de um assistente social	02

Fonte: autoria própria.

<b>VÍNCULOS CONTRATUAIS/EMPREGATÍCIOS</b>	
Concurso	02
Temporário (Residência)	03

Fonte: autoria própria

Como explicitado no quadro acima, as profissionais responderam de forma clara. As entrevistadas responderam que em 3 Unidades Básicas de Saúde só trabalha um (01) assistente social. Enquanto em duas (02) das Unidades trabalham dois (02) assistentes sociais. Uma informação que não foi questionada na entrevista, porém, apareceu como um resultado de grande

relevância para pensarmos a atuação profissional de assistentes sociais em Mossoró-RN é sobre “os vínculos empregatícios”: Das 5 entrevistadas, 3 são profissionais concursadas e 2 são profissionais residentes, em vínculo temporário de 2 anos. As assistentes sociais concursadas prestam uma carga horária de 20 horas semanais nas referidas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Enquanto que as profissionais residentes trabalham 40 horas semanais, prestando mais 20 horas no turno da noite, seja assistindo aula na Faculdade de Enfermagem, sejam prestando plantões em serviços da pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), junto à coordenação do Programa.

Quanto ao tempo de trabalho, varia entre 1 ano a 13 anos. Sendo importante destacar que isso se relaciona com a discussão feita acima: a diferença entre os vínculos de trabalho: aqueles que, necessariamente, só vão até 2 anos (no caso das residentes), sendo um vínculo rotativo e com sobrecarga de atividades; e aquelas que têm estabilidade, sendo o vínculo via concurso público. Sobre isso é importante destacar que, mesmo aquelas que têm estabilidade, sendo o concurso de 20 horas, por vezes possuem outro vínculo empregatício.

Todas as entrevistadas nunca trabalharam em outra Unidade antes desse vínculo. Além disso, é importante particularizar outra questão acerca das residentes: a partir do momento em que elas entram na Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade (RMABSFC), com exceção de um único bairro contemplado por residência, todas adentram em duas Unidades, mas com processos de trabalho diferentes: em sua Unidade de referência elas ficam de segunda a quinta, por exemplo. E, ao mesmo tempo, prestam matriciamento à uma outra Unidade Básica de Saúde (UBS), outro dia da semana. O matriciamento entre a equipe multiprofissionais e as residentes, se dá através das atividades compartilhadas onde um profissional se complementa um ao outro no modo de fazer saúde, tratando as dificuldades das pessoas por meio das intervenções conjuntas.

Pudemos também observar as perspectivas das assistentes sociais quanto à Política de Saúde Municipal (de Mossoró-RN). Uma fala que traz a síntese das ideias é a seguinte:

— Acho que se a política de saúde funcionasse como deveria, como tá previsto no SUS, como as resoluções e normativas prevê, funcionária de forma excepcional. [...] A política de saúde local deveria ter um olhar mais ampliado, primeiramente fazer um investimento mais qualitativo nas Unidades Básicas de Saúde, melhorar as condições de trabalho, a estrutura da UBS, melhorar a atenção a saúde, e assim vejo que deveria ter um olhar mais sensível no sentido de ampliar não só a quantidade, mas na própria qualidade dos serviços.

(Duda)

— [...] A gente trabalha nos espaços da prefeitura e vê a precariedade do serviço, como: não tem sala para atender, e quando tem sala é uma sala extremamente inadequada para o atendimento.

(Ângela)

Essas falas demonstram que assistentes sociais reconhecem que existe um trabalho muito precarizado na questão de condições de estruturas físicas, tendo assim mais dificuldade de trabalhar, fazendo com que os casos tenham menor resolutividade no âmbito local. Nesse contexto, por meio da Resolução CFESS nº 493/2006 se dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social. O local de atendimento deve ser dotado de espaço suficiente para abordagens coletivas e individuais.

Conforme a referida Resolução, o espaço em que se realiza o atendimento do(a) assistente social deve ter condições física que consigam garantir o sigilo, sendo este um dever do assistente social para com o usuário. Assim como significa um direito desse(a) profissional, quanto aos seus empregadores. Nesta pesquisa apreendemos que questões que deveriam ser simples e básicas: como um armário, com chave de posse apenas do Serviço Social, se conseguem por luta das profissionais. Nesse sentido, a questão da sala para atendimento ainda é um desafio para essa profissão.

### **3.2. Ela é mesmo uma porta de entrada à saúde em Mossoró-RN? Importância das UBS's para os usuários de Mossoró-RN, na voz das assistentes sociais**

Outro elemento que nos apareceu foi acerca da importância da Unidade Básica de Saúde (UBS) para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Mossoró-RN. Sobre isso, a maioria das entrevistadas afirma que:

— [...] a UBS é a porta de entrada, atenção básica é a porta de entrada. Então a gente ter essa facilidade, ter esse campo que é aqui próximo das... Dos usuários é muito importante, porque aí tem essa facilidade do acesso ao cuidado. Então é a porta de entrada inicial, é partir daí que as pessoas vão ter acesso ao cuidado em saúde, é a partir daí que se for necessário, ter o encaminhamento para os serviços de alta complexidade.

(Maria)

— [...] A Unidade Básica de Saúde, ela, como é dito, é a porta de entrada, né... Para os usuários acessarem o serviço de Saúde. Então é aquele primeiro atendimento, aquele primeiro acolhimento dos usuários.

(Damária)

As falas demonstram que as assistentes sociais compreendem a importância das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do momento que o atendimento é realizado de forma qualitativa e resolutive. O que estamos querendo dizer com “qualitativa e resolutive” é que a proximidade desta aos lugares em que as pessoas vivem e trabalham, têm maiores possibilidades de identificar adoecimentos de forma precoce e, assim, encaminhar para os níveis mais complexos. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) também trabalham com atendimentos aos usuários de áreas descobertas, ou seja, indivíduos que não são vinculados à Unidade, sendo, dessa maneira, o atendimento do SUS Universal, o qual não se pode negar de forma alguma a prestação dos devidos cuidados.

Além disso, pela forma como as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) estão estruturadas (pela Estratégia de Saúde da Família) e tendo como sujeito importante os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é possível mapear, prevenir, fazer educação em saúde, fazer busca ativa sobre situações diversas: adoecimentos, riscos de adoecimentos, questões ambientais, violências, riscos de violências, violações de direitos, assim como de perceber o potencial para formas promotoras de saúde da comunidade/bairro se organizar: como, por exemplo, hortas comunitárias, grupos de promoção à saúde, grupos de

economia solidária, iniciativas de organização popular de associações de moradores e etc.

Tendo em vista que a Unidade Básica de Saúde é tida como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, como o primeiro acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente pela proximidade com os territórios, trouxemos aqui o Decreto 7.580/2011. Em relação a hierarquização o decreto estabelece que as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde são: de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e ainda especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Assim, entende-se que as pessoas podem acessar os serviços de saúde pública no Brasil por diversas portas e situações: seja uma situação de urgência e emergência, seja um acesso necessário por demandas de saúde mental. Por isso, o 7.580/2011 reconhece como diversas as portas. Mas, pela dinâmica e pela proximidade com o território, as UBS são as prioritárias. Ainda sobre o assunto, trazemos aqui as falas de duas entrevistadas:

— [...] Porque ele é um equipamento que tá mais próximo do usuário, se ele tá dentro do território então ele tá composto por profissionais que devem ter vínculo com esses usuários, devem saber as principais demandas, devem inclusive conhecer esse usuário quando chega a UBS procurando acesso a algum serviço.

(Duda)

— [...] As UBS são a porta de entrada da saúde pros usuários, é ordenadora do cuidado, a gente tenta fazer esse atendimento primário, mas que na prática esse atendimento não tem nada de básico, mas é importante a atenção básica dentro dos territórios, temos que ter aproximação aos usuários, ter um contato mais próximo como as visitas domiciliares, conhecer o contexto familiar, a interação com a comunidade, e a gente consegue viver o território, [...] e é de uma importância enorme ainda mais para a população mais vulnerabilizadas que tem dificuldade de acessar um serviço de saúde mais próximo, eu acho que a UBS, a atenção primária, ela é a base de todo o SUS.

(Ângela)

Nesse sentido, apreendemos que as assistentes sociais reconhecem a importância da territorialização. De acordo com a PNAB (2017), em seu Art. 5º, “A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição

essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade” (BRASIL, 2017, p. 02).

Desse modo, as entrevistadas reafirmam a “territorialização” como uma ferramenta para melhor se adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Facilita também a aproximação dos usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBS's), para que o processo de saúde/doença seja compreendido em uma visão mais ampliada de todo o processo na comunidade e não levando em consideração somente o corpo do indivíduo, mas também as estruturas sociais, culturais e econômicas. Assim como ambientais, educacionais, alimentares e etc.

### **3.3. Compreendendo as demandas postas ao Serviço Social na Atenção Primária à Saúde**

No que se referem às demandas postas ao Serviço Social nessas Unidades, que resultam em sua atuação, em sua maioria estão relacionadas a atender demandas espontâneas. Com isso, já se particulariza o processo de trabalho do(a) assistente social, se comparado às outras profissões. As outras profissões conseguem organizar todo o seu atendimento em agenda/cronograma e oferecê-lo a população.

No caso do Serviço Social, muita coisa é demandada pelo próprio território, pelos próprios usuários, pela articulação com o Agente Comunitário de Saúde. E são, normalmente, demandas que não se adaptam bem a uma lógica de cronograma “fechado” (CFESS, 2010). Pois, por exemplo, não para prever em exato o momento, dia e turno em que uma violência contra pessoas idosa ou abuso sexual contra criança acontecem. Essa situação e reflexão pode ser muito bem ilustrada na fala de Ângela:

— [...]a sua maioria são situações relacionadas à vulnerabilidade social do idoso, casos de negligência, violência e insegurança alimentar, negligência de crianças e adolescentes, violência contra mulher [...]. O trabalho do Serviço Social é demanda espontânea porque não tem como agendar um atendimento a não ser quando o usuário procura a gente.

(Ângela)

Maria traz, consoante à Ângela e à todas as entrevistadas, que “[...] as principais demandas que chegam ao Serviço Social são questão de idoso, questão de criança e adolescente, problema de saúde mental, é a questão de transtorno do espectro autista, violência contra mulher e a questão do álcool e droga, nesses casos atendemos por demanda espontânea” (MARIA). Com isso, as entrevistadas falam dos problemas sociais no interior destas demandas que chegam na instituição, problemas esses que vão além dos fatores de saúde-doença mas que estão ligados a outros fatores como: familiares, sociais, políticos e econômicos.

### **3.3.1 “A articulação com os outros”: Equipe multiprofissional, articulação intersetorial com outras políticas e relação com o território**

Outro resultado que obtivemos ao investigar as demandas postas ao Serviço Social foi em relação à articulação com a equipe Multiprofissional. Uma entrevistada relata sobre o planejamento por mês com a equipe multi. sobre algumas demandas postas ao Serviço Social. Duda diz que: “[...] A gente organiza o planejamento do mês com os agentes de saúde, que passam para mim as visitas ou demandas que surgiram, então faço a visita com o agente de saúde e se necessário faço a articulação com o médico e a enfermeira” (Duda).

Para compreender melhor a questão acima em pauta, perguntamos às entrevistadas sobre a equipe multi nas UBS. No quais, questionamos acerca de: 1. Quais profissionais estão dispostos nessas Unidades; 2. Quais as atividades acontecem em articulação; 3. Se essa articulação favorece a sua atuação. Organizamos as falas que melhor sintetizam as respostas trazidas por todas as entrevistadas no quadro ilustrativo abaixo:

<b>Tabela 02 – Relação com as equipes multiprofissionais</b>		
— [...] A equipe está completa, temos médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos e a gente consegue sim manter	— [...] A gente se articula com a equipe multi; os profissionais da psicologia, odontologia, enfermagem, a gente se reúne e a gente	— [...] É..., a gente não pode trabalhar isolado, principalmente o serviço social que precisa de parceria, a gente trabalha em parceria

<p>uma boa relação, todos procuram se envolver nas atividades (MIKAELE).</p>	<p>consegue ter uma maior eficácia na questão do cuidado em si [...] a gente trabalha muito na forma coletiva, multidisciplinar, a equipe se empenha muito nas atividades que são coletivas (MARIA).</p>	<p>com todos os profissionais da unidade, sem exceção do médico ao agente comunitário de saúde (DAMARIA).</p>
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: autoria própria.

Percebe-se nessas falas o quanto é importante o Serviço Social sempre manter a parceria com a equipe multi da instituição na qual trabalha, para que o usuário tenha um melhor atendimento e as ações de saúde tenham um alcance mais amplo. Que as ações de educação em saúde e educação em direitos, por exemplo, tenham olhares de articulações com outras profissões.

Tendo em vista que a saúde não é meramente ausência de doença, mas contempla dimensão física, de saúde mental e social, é de grande relevância, por exemplo, casos, grupos, atendimentos, relatórios, articulações com outros serviços acerca da questão da fome relacione assistente social e nutricionista. Tendo em vista que a fome é, ao mesmo tempo, uma problemática social e uma problemática nutricional. Com isso, há um salto no olhar para a saúde: fome não apenas como questão de perder, de ter saúde física, isso também. Mas, além disso, como problemática de saúde coletiva, com relação a produção e a distribuição de renda, terra, alimentos na sociedade.

No entanto, uma das entrevistadas trouxe que dentro da equipe multi, além dos pontos positivos também existem os pontos desafiadores. Duda traz que: “[...] Algumas articulações nos desgastam, [...] às vezes gera um estranhamento e até um desgaste, a equipe não quer se meter, não quer se envolver, e às vezes as articulações gera confronto e desconforto” (Duda). Entendemos, com isso, a articulação com equipe multiprofissional como um desafio e, ao mesmo tempo, uma grande necessidade. Pois consegue, de muitas formas, materializar o olhar acerca da saúde.

Além da articulação com a equipe multiprofissional, as entrevistadas foram questionadas sobre as articulações com outras instituições, seja da saúde ou de outras políticas sociais. Todas responderam ter uma boa relação com

outros equipamentos e assim favorecendo o atendimento, em qualidade e em alcance.

<b>Tabela 03 – Articulação intersetorial</b>			
— [...] Consigo se articular com outras instituições, principalmente com o CRAS <sup>10</sup> , com o Ministério Público (MARIA).	— [...] Com a saúde, assistência e educação, parceria com o CRAS, o centro de convivência do idoso e as escolas (DAMARIA).	— É trabalhar em conjunto é a própria característica da residência permite isso, então a gente consegue ter essa interação, temos interação com a escola, com o CRAS (ÂNGELA).	— Uma boa relação seja ela da educação ou da saúde, com a psicóloga a assistente social do CRAS (MIKAELE).

Fonte: autoria própria.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei 8080/90, traz a concepção de intersetorialidade como “articular políticas e programas de interesse para a saúde” (BRASIL, 1990). As entrevistadas vêm a importância das articulações com outros setores, conseguindo assim trabalhar juntos para atender melhor o usuário. Como podemos ver, se destacou nas 4 falas acima (tendo em vista que Duda não citou instituição, mas se que se articulava), o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) se destacou. Sendo este nível de Proteção Social Básica da Política de Assistência, que tem como objetivo prevenir as situações de vulnerabilidade e riscos sociais no território, configura-se como uma peça chave para o trabalho em conjunto com a UBS. Já que nas UBS também trata de questões de vulnerabilidade, questões essas que vão além da doença em si, como questões sociais, política, econômica e cultural. Então daí a importância da relação entre o CRAS e UBS.

Uma das entrevistadas fala um pouco sobre as dificuldades que existem sobre as articulações com outros setores. Nas palavras de Duda: “Às vezes a gente não consegue transporte para fazer uma articulação conjunta, o próprio ritmo de trabalho ou, o perfil de trabalho às vezes dificulta um pouco” (Duda).

<sup>10</sup> Centro de Referência em Assistência Social, que faz parte do nível de Proteção Social Básica da Política de Assistência Social.

Nesse sentido, ao analisar essas falas das entrevistadas, percebemos que as mesmas procuram desenvolver algumas atividades coletivas. Sejam elas no âmbito da Unidade ou fora, com parcerias de outras instituições e com auxílio de outros profissionais promovendo saúde e bem-estar na comunidade. Além do tema “articulação com a equipe multiprofissional” e do tema “articulação intersetorial”, também se ressaltou a questão de atividades coletivas se desenvolvem não só no espaço físico das Unidades Básicas de Saúde, mas também no território. Sobre isso, organizamos um quadro ilustrativo com as iniciativas, atividades, documentos, grupo e etc. que foram mencionados por todas as atividades sociais entrevistadas. Nesse caso, não pontuamos qual profissional trouxe determinada atividade, mas sim um apurado geral de todas para que a gente possa analisar como que a atuação acontece fora muros da UBS:

<b>Tabela 04 – Atividades que acontecem no território</b>		
Realização de visitas domiciliares, a convite de agentes comunitárias/os de saúde (ACS).	Realização de visitas domiciliares para busca-ativa junto às ACS ou com outros profissionais.	Realização de visitas domiciliares para divulgação dos serviços das UBS nas casas das pessoas.
Articulação com espaços escolares <sup>11</sup> - por convite para palestras e reuniões, ou pelo Programa Saúde na Escola (PSE).	Reuniões e atividades coletivas (como visitas, educação em saúde) nos vários equipamentos sociais existentes no bairro.	Cronograma mensal de atividades coletivas.
Salas de espera.	Outros formatos de salas de espera: em baixo de planta, “blitz” pelo bairro, “caravana da saúde” e etc.	Produção de relatórios sociais, pareceres sociais, estudos sociais.

Fonte: autoria própria.

Essa tabela mostra as atividades que são desenvolvidas no território, atividades essas que são realizadas em conjunto com outros profissionais, favorecendo a sua atuação. Quando falamos do trabalho em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vimos a realidade dos usuários nas

<sup>11</sup> Creches, escolas de ensino básico, escolas de ensino fundamental, escolas de ensino médio, educação especial e etc.

quais eles trazem as demandas do território para que haja uma interação da profissional com a comunidade. Estes Agentes são responsáveis por atualizar a população quanto aos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As assistentes sociais falam sobre a articulação nos espaços escolares, como o Programa Saúde na Escola, onde esse programa visa as articulações da saúde com a educação, proporcionando melhoria na qualidade de vida dos educandos de forma que possa atender a todo o público nas questões de saúde e educação. Ao falar da sala de espera, sabemos que é através dela que o profissional tem a oportunidade de dialogar e desenvolver a divulgação como cuidar e prevenir a saúde, e também tirar a ociosidade na espera do atendimento. As assistentes sociais veem também outras formas de sala de espera, como embaixo de plantas e blitz pelo território, levando também educação e saúde para as pessoas que não são presentes na Unidade de Saúde.

Outra assistente social fala sobre a importância de ter um cronograma mensal para que haja a realização das atividades coletivas. Nas palavras de Maria:

— [...] a gente consegue organizar ações de programa de saúde na escola, na quarta de tarde, a gente organiza essas questões normalmente em sala de espera e atividade coletiva [...] quinta-feira é na escola, sexta-feira reunião com a equipe. Então a gente vai repassar, vai organizar ação, vai ver projetos pra gente articular. [...] a gente tem o ponto de cuidado, que também é um projeto nosso, que a gente escolhe um ponto da comunidade vai com os agentes comunitários de saúde e a gente vai falar sobre temas como hanseníase, HIV, tuberculose e a gente vai levando essa conversa para onde essas pessoas normalmente estão como praça, ponto de ônibus para que as pessoas tenham acesso às informações, a gente tem ponto do cuidado, a gente tem o projeto da caravana do conhecimento, que foi um projeto implementado na pandemia que é uma forma de sala de espera que não ficasse com todas as pessoas dentro da unidade (Maria).

Ao analisar essa fala, a entrevistada vê as atividades coletivas como forma de interação da profissional com a comunidade, havendo uma maior

efetividade nas ações e estabelecendo confiança e respeito entre comunidade/grupo. Nesse sentido, além de percebermos a importância de assistentes sociais atentarem para em suas rotinas de trabalho darem conta de demandas espontâneas; também é importante um “jogo de cintura” para se articular com atividades coletivas. Uma estratégia trazida por Maria é a do “planejamento mensal”. Mas que, na realidade de cada Unidade, pode se adaptar a outra periodicidade e a outra realidade. Com isso, cabe destacar que assistentes sociais devem estimular a participação dos usuários nesses espaços, bem como devem estar comprometidos com a efetivação do controle social (CFESS, 2010).

### **3.4 Desafios e potencialidades do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde de Mossoró-RN**

Quanto aos desafios postos ao trabalho das assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde, o conjunto das profissionais entrevistadas falam especialmente de dois:

1. O fato de o profissional de Serviço Social ser visto apenas como “apoio”;
2. Questões estruturais das Unidades Básicas de Saúde nas quais trabalham.

— [...] os desafios... É ser reconhecido como profissional de saúde, conseguir ter realmente a solidificação do seu espaço dentro da unidade básica de saúde (Duda).

— [...] falta de reconhecimento da atuação profissional (Maria).

— [...] ter autonomia para realizar algumas atividades, ter autonomia para intervir em algumas situações, ser colocado como um profissional de referência naquela unidade (Damária).

— [...] o assistente social não é inserido nessa equipe, então a gente é tratado como serviço de apoio às unidades, e não como um profissional da estratégia, [...] e também a falta de reconhecimento da profissão, da importância da profissão dentro das unidades (Ângela).

Dessa forma, as entrevistadas reconhecem que a articulação com outros profissionais de saúde da Unidade é de suma importância no processo saúde-doença. De acordo com a entrevistada Mikaele, muitos usuários não sabem as competências do Serviço Social. É comum que cheguem com demandas que não são de competência dos mesmos. Nas palavras de Mikaele “[...] as

demandas que chegam ao Serviço Social, muitas pessoas vêm e chegam assim: vem pedir pra mim (sic.) dar uma receita.”

Assistentes sociais, conforme a Lei 8.662/93, são competências destes e dessas profissionais: a elaboração, execução e avaliação de políticas sociais, orientar grupos e indivíduos, realizar estudos socioeconômicos, entre outras. Assistentes sociais, mesmo sendo reconhecidos(as) como profissionais de saúde mediante Resolução nº 218 de 1997, do Conselho de Saúde, chegam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como “apoio” às equipes de Saúde da Família (eSF), tanto como profissão que pode compor a equipe NASF-AB (Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica), quanto no caso específico de Mossoró-RN, em que há lei municipal que colocam assistentes sociais diretamente nas UBS, mas também como equipe de apoio.

As equipes de Saúde da Família (eSF) são definidas pela seguinte composição, para cada eSF: um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Assim como adiciona-se, a esta, compondo ainda a Estratégia, uma equipe de Saúde Bucal (eSB), ou seja, odontólogo e técnica de enfermagem.

A questões de infraestrutura da Unidades Básicas de Saúde apareceram diversas vezes nas entrevistas. Nos diz Maria que “um desafio é a questão da infraestrutura”. Sobre isso, Damaria traz que é uma questão de falta de “[...] tipo uma sala pra você atender e colocar seus documentos sigilosos [...]” (Damaria).

Aqui nos aparecem de novo as questões das faltas de sala para o Serviço Social e falta de armários para guarda dos relatórios e outros instrumentos. Ao observar a fala das participantes, percebemos que os desafios dos assistentes sociais nas UBS, na medida em que é necessário que se tenha um espaço físico adequado para que se tenha um atendimento de qualidade. Conforme a resolução 493/2006 da CFESS, diz que é condição essencial, obrigatório a existência de um espaço físico dotado de espaço suficiente para abordagens coletivas e individuais e um espaço reservado para materiais sigilosos.

Vemos, dessa forma, que a atuação profissional de assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) se trata de um campo ainda com muitos desafios. Uma questão importante que aqui ressaltamos é a pouca discussão acerca da especificidade do exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária, por muitas vezes sendo discuta como “saúde como um todo”

e, nisso, focando na atuação em hospitais. Em relação às potencialidades encontradas na atuação, são as mais diversas, tendo em vista que os problemas sociais se refletem na saúde da população em todos os sentidos:

— [...] a importância do assistente social dentro da UBS, porque a gente trabalha com população vulnerável, a maioria dos usuários da UBS são pessoas que tem uma renda básica, questão de desemprego, sofre com violência, com insegurança alimentar e ter um olhar do assistente social nesses territórios é muito importante (Ângela).

— [...] Somos um profissional que temos uma capacidade de fazer mediações, de trabalhar com a totalidade, de reconhecer a dialética das situações, [...] de viabilizar um acesso, compreender melhor a situação que vive, possibilitar que as pessoas, elas não fiquem somente vinculada a um serviço mas a outros serviços, possibilitar informações sobre outros serviços, fazer um trabalho não só individual, mas também um trabalho coletivo dentro do território. Acho que o trabalho do assistente social é um trabalho muito forte dentro do território, para fortalecer controle social, pra fortalecer o olhar do usuário para que ele tenha direito e tenha deveres (Duda).

— [...] Então eu acho que a atenção básica e principalmente a unidade básica de saúde é muito interessante nesse sentido, a gente ter uma relação mais próxima e de conhecer realmente a dinâmica familiar, a dinâmica da estrutura econômica da questão da comunidade em si e a partir daí a gente já consegue atuar melhor e dar maior resolutividade às questões de saúde que vão chegando aqui, não percebendo elas de forma isoladas mas percebendo todo esses determinantes e esse contexto social e econômico que podem impactar nisso (Maria).

Ao analisar as falas transcritas acima, percebemos que as potencialidades encontradas no exercício profissional nas UBS das assistentes sociais. Diante disso, vemos as assistentes sociais como profissional de suma importância dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Elas buscam compreender em totalidade a realidade do usuário e intervir em uma perspectiva ampliada de saúde. Tem sido uma categoria comprometida com a garantia de direitos e sigilo profissional na sua atuação prática.

#### 4. CONCLUSÃO

Uma importante conquista da Constituição Federal de 1988 foi o Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender os indivíduos de forma universal, com isso, sem exigir prévia contribuição direta. Direcionado aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, ou seja, o direito universal à saúde. O Serviço Social possui grande importância na Atenção Primária, onde os profissionais se empenham para construir um projeto assistencial de garantia dos direitos dos usuários, bem como de responder aos usuários frente a determinadas problemáticas.

Partindo disso, o Serviço Social tem um papel importante de atuação, na medida em que, junto com a equipe multidisciplinar poderá fortalecer uma interação e articulação de modo a atender as demandas apresentadas; tendo em vista que essas demandas que vão muito além de ser só relacionadas à saúde-doença, e sim partindo do contexto histórico social em que o usuário está inserido, bem como o acesso às informações prestadas concernentes a garantia de direitos, bem como dar respostas aos usuários frente aos problemas enfrentados.

Conforme os relatos feitos pelas profissionais, tomamos como relevantes os seguintes pontos: a importância das UBS para os usuários delas, as principais demandas que chegam ao Serviço Social, a rotina destes profissionais na UBS, como se configuram as articulações com outros profissionais sejam eles da instituição ou fora, os desafios e potencialidades do trabalho do assistente social na atenção básica.

Identificamos que na percepção dos profissionais dessas unidades, as UBS possuem uma relevância significativa na vida dos usuários promovendo o bem-estar físico e mental, onde promove a saúde e previne a doença, onde essas unidades representam um grande avanço na saúde, bem como ter profissionais dedicados a representar o seu território, lutando pelos direitos dos usuários.

Em nossas reflexões acerca da importância das UBS para os usuários do SUS, conclui-se que a UBS é um equipamento muito importante pois tem maior aproximação com usuários, porta está dentro do território mantendo vínculo com esses usuários, procurando resolutividade nos processos de saúde e

adoecimento, levando em consideração os determinantes sociais de saúde. Em relação às demandas direcionadas ao Serviço Social, quando se analisa na concepção de saúde se resulta de fatores de vulnerabilidade social e econômica, assim destacamos que o assistente tem competência para intervir nessas questões das expressões sociais na saúde.

Em relação à rotina destes profissionais o Serviço Social será direcionado às demandas que vão resultar em sua atuação que se dão por meio de ações socioassistenciais, não se diferenciando dos outros níveis de complexidade da saúde, no qual atuam em torno de materialização de direitos dos usuários. Acerca das articulações com outros profissionais ou com outras instituições o profissional consegue se articular promovendo maior resolutividade, ou seja, maior eficácia na questão do cuidado em si. Além disso, inclui também ações socioeducativas junto à equipe multi e à comunidade.

Quanto aos desafios impostos para atuação, percebemos que as assistentes sociais lidam com dificuldades quanto às condições estruturais das instituições. Os principais pontos que apareceram foram as faltas de salas para as assistentes sociais realizarem seus atendimentos, nas Unidades Básicas de Saúde de Mossoró-RN e a questão do armário. De muitas, para conseguirem um armário, precisam reivindicar isso e pressionar.

Também o fato do seu lugar de “profissionais de apoio” foi apontado como um desafio para considerável parte das profissionais entrevistadas: não sendo, oficialmente, equipe de Saúde da Família, são tratados apenas como um profissional de apoio a equipe, e falta de reconhecimento da profissão.

As potencialidades citadas pelas assistentes sociais se dão através da garantia de direitos dos usuários, bem como pelo fato desse profissional ser capaz de intervir na realidade dos usuários, sendo capaz de promover mudanças sociais na vida do usuário, não só do usuário, mas também em todo contexto familiar.

Assim encerramos este trabalho, ressaltando que este não para por aqui acerca das discussões sobre a atuação do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde, na medida em que vários elementos postos aqui em discussão poderão sofrer possíveis mudanças e que outros trabalhos possam surgir para esclarecer ainda mais essa temática.

Ressaltamos a importância de tornar pública essa problemática, para que haja um real conhecimento das atribuições e competências dos assistentes sociais nessas instituições, de modo que possa facilitar a relação entre os usuários e profissionais, propomos também que haja investimentos nas estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), o que possibilitará um melhor conforto aos profissionais e usuários, bem resgatamos a importância do iniciativas como o projeto de lei de 2009 (Projeto de Lei nº 6.271, de 2009) que dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes de saúde da família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília - DF: 2009. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss\\_maio2010\\_corrigida.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf)>

ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini. **Serviço Social e Atenção Primária: Uma revisão integrativa**. Serviço Social e Saúde. Campinas, SP. U. 17 n. [26], P. 231 - 249. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal**. Seção II - Da Saúde. Art. 196 a 200. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf) >

BRASIL. **Constituição Federal** (Artigos 196 - 200) - Conselho Nacional de Saúde. Seção II. Art. 196 pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos Atenção Básica, n.27).

BRASIL. **História da Saúde Pública no Brasil**. [Documentário. Ministério da Saúde]. 2016: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc>>

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) >.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) >

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) >

BRASIL. **O Sanitarista que Mudou o Brasil**. FIOCRUZ. Brasília - DF. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília - DF. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.979**. Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária em Saúde no Âmbito do SUS. Brasília - DF. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.432 de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm)>

BRAVO, Maria Inês Souza. Pelaez, Elaine Junger. **A Saúde nos Governos Temer e Bolsonaro: Lutas e Resistências.** Brasília, V. 22. nº 46. P. 191 - 207, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. BRAVO, Maria Inês Souza. UCHÔA, Roberta. NOGUEIRA, Vera. MARSIGLIA, Regina. GOMES, Luciano. TEIXEIRA, Marlene (orgs). **Serviço Social e Saúde: trabalho e formação profissional.** Rio de Janeiro: Cortez, 2006. p. 01-24.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** 9ed. Brasília: CFESS, 2011.

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

FARIA, Horácio Pereira et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde.** 2 ed. Belo Horizonte. Nescon/UFGM, Coopmed, 2010.

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

GIOVANELLA, Lígia. **Atenção Primária à Saúde. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** P, 575 - 622, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: Cortez, 2006.

KRUGER, Tania Regina. **SUS: da Perda da Radicalidade Democrática ao Novo Desenvolvimento.** R. Katálysis, Florianópolis, V. 17, P. 218 - 225, 2014.

MATOS, Maurílio Castro. Assistente social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. **Interacções**, número 17. p. 45-63. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/315-Texto%20do%20Artigo-961-1-10-20120924.pdf>

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. rev. e aprim. São. Paulo: Hucitec, 2006.

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

OLIVEIRA, Andréia. **O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde.** Em Pauta, Rio de Janeiro – 2ª semestre de 2019. n. 44, v. 17, p. 255-273.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências, Saúde.** v.21, n.1, jan-mar., 2014, p. 15-35.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. **A Atenção Primária à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção: Uma Revisão Integrativa.** Ciência e Saúde Coletiva. SP. P. 343 - 352, 2014.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2007, p. 29-41.

SILVA, Deyse Kelly de Oliveira. **Atuação de Assistentes nas Unidades Básicas de Saúde de Mossoró - RN: Limites e Possibilidades.** (trabalho acadêmico monográfico), Mossoró - RN, p. 11-65, 2013.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### 1. Perguntas introdutórias:

Qual a quantidade de assistentes sociais nesta UBS (Unidade Básica de Saúde)?	Dias por semana que a entrevistada trabalha e quais turnos:	Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica? Já trabalhou em outra UBS?

2. Qual a importância da UBS para os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde)?
3. Qual a sua opinião sobre a Política de Saúde em Mossoró?
4. Quem são os usuários desta UBS? Quais as principais demandas que chegam ao Serviço Social?
5. Como costuma ser **sua rotina** de trabalho nesta UBS? Você tem algum dia reservado para algo ou sempre atende por demanda espontânea?
6. Há atividades que o Serviço Social da UBS desenvolve no território? Se sim, quais? E como elas acontecem?
7. Em seu dia a dia de trabalho, o Serviço Social consegue se articular com outros profissionais da instituição? Essa articulação favorece a sua atuação?

8. Em seu dia a dia de trabalho, o Serviço Social consegue se articular com outras instituições (seja da saúde ou de outras políticas sociais)? Essa articulação favorece a sua atuação?
  
9. Quais desafios e potencialidades do trabalho do(a) assistente social na Atenção Básica você destacaria?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN**  
 Campus Central – Mossoró  
 Departamento de Serviço  
 Social – FASSO Faculdade de Serviço  
 Social – FASSO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### Esclarecimentos:

Eu, Edineide Maria Jácome de Souza, estou realizando uma pesquisa de monografia com finalidade de obter o título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

O(a) Sr. está sendo convidado(a) para participar como sujeito desta pesquisa, que tem como tema “O Serviço Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, no Município de Mossoró/RN”, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Ma. Camila Mesquita Soares e de minha responsabilidade, Edineide Maria Jácome de Souza, discente do 8º período, do Curso de Serviço Social da UERN.

Sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar o convite, você responderá a uma entrevista semiestruturada e gravada, cujo objetivo é analisar o exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, no Município de Mossoró/RN.

Garantimos o anonimato do(a) participante na pesquisa, fazendo uso de codnome e não expondo informações que, de alguma forma, identiquem a pessoa entrevistada. Para manter o sigilo, apenas a discente Edineide Maria Jácome de Souza realizará a entrevista e somente a referida discente pesquisadora e a orientadora da pesquisa poderão manusear e guardar os materiais coletados. O(a) participante tem o direito de não responder a qualquer questionamento que considere inconveniente e/ou desnecessário.

As transcrições das entrevistas, assim como seus áudios de gravações e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serão, ao final da pesquisa, armazenados e guardados por cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais, dentre outros. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os(as) participantes.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá ser retirada, a qualquer momento, com Edineide Maria Jácome de Souza, residente em Upanema-RN, pelo contato 84 9 9930-4529.

#### Consentimento Livre

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa sobre o tema “O Serviço Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, no Município de Mossoró/RN”. Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido(a) e quanto ao que me é garantido pela discente pesquisadora. Foram garantidos a mim esclarecimentos que eu venha solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa. Autorizo, assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato.

Mossoró, \_\_\_ de  
 \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura da Discente Pesquisadora

---

Assinatura do(a) Participante