

O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO MODO DE VIVER CAPITALISTA: APONTAMENTOS ANALÍTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Viviane Rodrigues Vieira¹

Howard Lopes Ribeiro Jr²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descortinar a relação entre o Serviço Social brasileiro e a política de saúde na Atenção Básica, por meio do método de Revisão Integrativa (RI), tendo como objetivos específicos expor a construção sociohistórica entre o Serviço Social, o Sistema Capitalista e as Políticas Sociais, descrever a relação entre o Serviço Social e a Política de Saúde e discorrer sobre os principais impasses do Serviço Social na Atenção Básica. Foram apontados quatro artigos publicados pelo periódico *Serviço Social & Saúde* (2018), que utilizaram os bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Esses artigos são datados entre 1976 e 2014. O primeiro é anterior à Constituição Federal de 1988, e o campo de atuação do Serviço Social ocorria no Centro de Saúde, hoje, conhecido como Unidade de Saúde; o segundo e o terceiro são de 2012, posteriores à implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde ocorre uma atuação mais presente do Serviço Social na Atenção Primária. O último artigo é de 2014, que abordou o processo de trabalho do Serviço Social. Este trabalho assinala que há poucos estudos com a temática da atuação do assistente social na Atenção Primária, e merece uma maior atenção dos estudiosos e pesquisadores.

Palavras-chave: Serviço Social. Sistema Capitalista. Política de Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aims to unveil the relationship between the Brazilian Social Work and health policy in Primary Care, through the Integrative Review (RI) method. The specific objectives are: to expose the socio-historical construction between the Social Work, the Capitalist System and Social Policies, to describe the relationship between Social Work and Health Policy and to discuss the main impasses of Social Work in Primary Care. Four articles were published by the *Social Service & Health* (2018), which used the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases. These articles are dated between 1976 and 2014. The first is prior to the Federal Constitution of 1988, and the field of action of the Social Work occurred at the Health Center, today known as the Health Unit, the second and third are from 2012, after the implementation of the Family Health Support Center (NASF), where there is a more present performance of the Social Work in Primary Care. The last article is from 2014, which addressed the work process of Social Work. This paper

¹Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Maracanaú.

² Biólogo. Mestre e Doutor em Ciências Médicas. Professor-Formador I Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil.

points out that there are few studies on the theme of social work in Primary Care, and deserves more attention from scholars and researchers.

Keywords: Social Work. Capitalist System. Health Policy. Primary Care.

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática “O Serviço Social brasileiro e a Política de Saúde na Atenção Básica” a ser explorada aconteceu durante o exercício profissional na política de saúde. O primeiro espaço de atuação desta observadora ocorreu ainda como graduanda em Serviço Social, uma vez que o início, meio e fim de seu estágio supervisionado acadêmico ocorreu nessa área. A segunda experiência sucedeu-se como servidora temporária do município de Fortaleza. Essas duas experiências³ permearam a vivência dessa assistente social.

A escolha em expor o trabalho do(a) assistente social nessa política veio a partir dessas experiências, como estudante e profissional, no que tange as competências e as atribuições do(a)s assistentes sociais, o que se vivencia dentro desses espaços de atuação, e o que está disposto nos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”⁴.

Apesar de serem dois espaços, ou seja, duas realidades com suas particularidades, o trabalho realizado pelo Serviço Social precisa sempre colocar em análise a teoria e a prática de sua intervenção, pois essas não podem estar dissociadas, visto que a prática só é possível mediante uma matriz teórica, que permita vislumbrar leituras aproximadas dessa realidade.

É importante considerar os desafios que perpassam o exercício profissional do(a)s assistentes sociais dentro dessa política, para que não ocorra uma dicotomia entre a teoria e a prática. O cotidiano das unidades que compõem a política de saúde apontam esses impasses frente à atuação do Serviço Social, e a rotina desses espaços podem se apresentar como uma armadilha a esse exercer, quando não se estabelece uma conexão com a perspectiva histórico-crítica⁵ defendida pela profissão.

³ “[...] o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida” (BONDIA 2012, p.27).

⁴ Documento publicado em 2010 pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) - Conselho Regional de Serviço Social (Cress), que explana as dimensões da atuação do(a)s assistentes sociais na política de saúde. Disponível em PDF.

⁵ Essa tese defende que o Serviço Social nasceu como produto da sociedade capitalista, na fase do capitalismo monopolista, em meados do início do século XX. O real entendimento sobre o Serviço Social é possível a partir da sua emergência enquanto profissão, inserido em um tempo histórico, social, político e econômico. (MÔN-TANO, 2009).

É necessário pontuar a dimensão sociohistórica do reconhecimento da emergência dessa profissão, que ocorreu a partir da necessidade de “controlar” os efeitos das refrações da questão social⁶, fenômeno este produzido e somente reconhecido pelo sistema capitalista no final do século XIX.

As faces da “questão social” começaram a preocupar bastante a burguesia, uma vez que essa temeu perder a sua hegemonia frente às mazelas da questão social, tendo em vista que as lutas trabalhistas mostravam-se cada vez mais resistentes contra o sistema capitalista. O temor da burguesia justificava-se de um lado pela “política, representada pelo avanço do movimento dos trabalhadores, e [de outro lado] a social, representada pela acumulação da pobreza, [e] pela generalização da miséria” (MARTINELLI, 2010, p.84).

A medida tomada pela burguesia para não perder sua hegemonia econômica, política e social consistiu em racionalizar a prática da assistência com o apoio da Igreja e do Estado burguês. Essa racionalização permitiu a criação da Sociedade de Organização da Caridade⁷ “[...] e mais uma vez a classe dominante se uniu a [essa sociedade], cobrando-lhe medidas mais globais e maior efetividade para a ‘questão social’” (MARTINELLI, 2010, p. 100).

Houve uma preocupação, ainda no final do século XIX, com a qualificação dos agentes sociais⁸ que trabalhavam nessas sociedades, para um melhor enfrentamento das expressões da questão social, visto que esta se encontrava “sensivelmente agravada por um decadente regime capitalista e por uma esclerosada ordem social burguesa” (MARTINELLI, 2010, p. 106).

A qualificação desses agentes, no que diz respeito a seu exercício profissional, colaborou para a criação de escolas de Filantropia Aplicada, que iriam ser denominadas, posteriormente, de Escolas de Serviço Social. Nessas escolas, os agentes profissionais eram preparados técnico-cientificamente para a ação social.

Com toda essa ameaça contra o sistema capitalista, entre final do século XIX e início do século XX, o Estado deixa de tratar essas expressões da questão social como caso de polícia e reconhece essas manifestações da questão social como problema político. É nesse limiar que o Serviço Social surge para atender as demandas atinentes às refrações da questão social, por meio das políticas sociais, neste estudo, em específico, a relação dessa profissão com a política

⁶ Matéria-prima do Serviço Social

⁷ “A tarefa assumida pela Sociedade de Organização da Caridade – racionalizar a assistência e reorganizá-la em bases científicas – acabou constituindo, na verdade, uma estratégia política através da qual a burguesia procurava desenvolver o seu projeto de hegemonia de classe. Ganhando uma dimensão econômica bastante evidente, a assistência posicionava-se como um, entre outros, mecanismo acionado pelo Estado burguês para garantir a expansão do capital” (MARTINELLI, 2010, p.106).

⁸ Esses agentes sociais caracterizavam-se em sua maioria pelo público feminino ligado as Igrejas Evangélicas e as associações voluntárias, é por isso, que o Serviço Social no contexto mundial tem uma marca visivelmente feminina (MARTINELLI, 2010).

de saúde.

Ressalta-se a importância em abordar essa temática, no tocante ao descortinar a relação entre o Serviço Social e a política de saúde na Atenção Básica, nas seguintes vertentes: expor a construção sociohistórica entre o Serviço Social, o Sistema Capitalista e as Políticas Sociais; descrever a relação entre o Serviço Social e a Política de Saúde; e expor os principais impasses do Serviço Social na Atenção Básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O surgimento do Serviço Social brasileiro, nos anos 1930, por meio das Escolas de Serviço Social – até então regidas pela Igreja Católica –, começou a ser demandado pelo Estado. A atuação dessa força de trabalho ocorreu por meio das políticas sociais, que eram reguladas por esse Estado monopolista. Foi quando a profissão passou a ser institucionalizada.

Bravo e Matos (2002) destacam a inserção do Serviço Social na saúde brasileira no período de seu surgimento de modo menos abrangente, uma vez que não havia uma grande concentração de profissionais nessa política. Esses autores pontuam que a mudança desse panorama ocorreu a partir da década de 1940, com a expansão do Serviço Social, após o término da Segunda Guerra Mundial, transformando a saúde no setor que mais demandou assistentes sociais.

Os organismos internacionais relacionados à saúde evidenciaram a importância dos aspectos biopsicossociais. Essa circunstância exigiu a presença de outros profissionais nessa área, no caso, uma equipe multidisciplinar. Nessa equipe estavam presentes os assistentes sociais. Consoante Bravo e Matos (2006, p. 29),

[...] o assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. [...]. [Esse] vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

É preciso analisar em que contexto essa atuação era exercida, nos moldes de um exercer profissional de postura conservadora. Bravo e Matos (2006) informam que, desde o surgimento da profissão até o início dos anos 1960, o Serviço Social brasileiro manteve uma ideologia

condizente com o bloco hegemônico conservador⁹, tanto em sua produção de conhecimento, nas instâncias “políticas” como em seu trabalho.

Ressalta-se que havia profissionais progressistas, no tocante ao direcionamento político da profissão, porém esse modo de pensar era minoritário, pois, nesse período histórico, essa categoria ainda não apresentava condições para alterar essa realidade presente nos moldes do exercício profissional. Conforme o pensamento dos autores Bravo e Matos (2006, p. 30 e 31),

[ainda] nos anos 60, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão, que questionava seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina.

Essa consciência profissional desperta, no Brasil da segunda metade do século XX, em um momento histórico interno da profissão, que foi propício para o questionamento da realidade, uma prática profissional dos fundamentos teóricos que a sustentavam – e que a sustentariam. Esse momento ficou conhecido como Movimento de Reconceituação¹⁰ – “resposta a uma crise interna da profissão, aguçada por uma ‘crise’ estrutural e conjuntural da realidade brasileira” (MARTINELLI, 2010, p. 144). Esse período proporcionou alterações teóricas, metodológicas e práticas, dentro do contexto do Serviço Social brasileiro.

A discussão fervorosa em torno do fazer profissional dos assistentes sociais representou um processo crítico de revisão do Serviço Social brasileiro. É importante salientar que esse movimento não ocorreu apenas no Brasil, esse processo de renovação teve uma projeção na América Latina, no período autocrático de alguns países latinos. De acordo com Martinelli (2011, p. 206), essa resignificação do Serviço Social “implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e do *modus operandi*”.

Mesmo com esse Movimento de Reconceituação, o Serviço Social recebeu interferências bastante relativas, no que diz respeito à modernização conservadora operada no pós-1964. Bravo e Matos (2006, p. 310) consideram que esse influxo ocorreu “no ‘âmbito das políticas sociais’, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência

⁹ A ideologia do projeto burguês.

¹⁰ O movimento de renovação ou reconceituação do Serviço Social caracterizou-se a partir de três linhas de pensamento: a perspectiva modernizadora de cunho funcionalista (década de 1960), a reatualização do conservadorismo de cunho fenomenológico (década de 1970) e a intenção de ruptura de cunho marxista (década de 1980), perspectiva que permanece como a principal linha de atuação do Serviço Social contemporâneo.

médica previdenciária – maior empregador dos profissionais”. Eles ainda informam que,

[...] nos anos 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão [três tendências profissionais em disputa: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura], do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção.

Esse direcionamento começa a ter status de mudança sociopolítica nos anos 1980. Essas mudanças estavam atreladas às discussões sobre a configuração da identidade profissional dos assistentes sociais, que ficou bastante aguçada nessa década, tanto em relação à reivindicação popular que marcava os acontecimentos no país, quanto em relação à discussão interna sobre o seu exercício profissional (NETTO, 2011).

Ao mesmo tempo, há um novo pensamento em torno da saúde coletiva, pautado no Movimento de Reforma Sanitária, que vem sendo refletido desde meados dos anos 1970. Este movimento tem como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que defendia entre outros pontos, a saúde como política pública de saúde. Ou seja, como direito da população e dever do Estado.

Em 1988, é aprovada nova Constituição Federal brasileira. Nesta a saúde é conduzida à categoria de política de proteção social. Essa política pública passou a contar com princípios e diretrizes, uma gestão descentralizada e participativa, que representa a autonomia dos entes federados (união, estados e municípios). Após dois anos, foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) - Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.

É relevante colocar em destaque a relação do Serviço Social com o movimento de Reforma Sanitária, pois, consoante Bravo e Matos (2006, p.35),

[...] o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária) e insuficiente produção, [no que toca] a prática em saúde.

Salienta-se que, apesar dessas constatações, na década de 1990 a profissão contemporânea evoluiu no campo teórico e prático, pois rompeu com algumas práticas arcaicas e conservadoras, uma vez que o assistente social não se tratava mais de um mero agente

executor da vontade do Estado, visto que essa apropriação teórica e prática da sua atuação profissional propiciou pensar um profissional a partir de três dimensões, que apontam o novo caminho traçado pelo Serviço Social, isto é, pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Ao analisar o Serviço Social e as políticas públicas, no caso, a saúde, faz-se necessário pensar sobre a conjuntura do início dessa década, pois ao mesmo tempo em que o Brasil ficou marcado pelas intensas reivindicações da classe trabalhadora, dos movimentos sociais, da sociedade civil, em prol da busca de garantia de direitos, uma nova configuração ditava o papel do Estado frente à economia mundial, que se encontra pautada nos ideais neoliberais.¹¹

As determinações neoliberais subtraíram várias dessas conquistas, visto que as medidas neoliberais promoveram um retrocesso na esfera da garantia de direitos na sociedade brasileira. Isso se explica a partir das medidas tomadas pelo Estado brasileiro, pois essa Instituição, no final da década de 1980 e início da década 1990, encontrava-se fortemente subordinada à lógica globalizada, em que os ditames mundiais determinavam o mercado interno, o que representava para as conquistas brasileiras, no que se refere ao “campo dos direitos”, um novo recuo na garantia dos direitos de cidadania.

Sendo assim, a configuração das políticas públicas no Brasil, no período reportado, firmou-se dentro de um processo conhecido como “contrarreforma neoliberal” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Esse sistema neoliberal, consoante essas autoras, significava para o Brasil um movimento

[...] de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 148).

O Estado neoliberal pode ser caracterizado como um Estado mínimo para as expressões da questão social, e máximo para o capital (investimento, lucro, participação das empresas privadas, entre outros). O que significa dizer que as políticas sociais não avançam na direção de universalidade de garantia e acesso a bens e serviços, e sim dentro de um contexto focalista e seletivo.

Com essa configuração de Estado, há dois modelos de saúde vigentes: o modelo da Reforma Sanitária e o modelo privatista (orientado pelo neoliberalismo). Esses são projetos políticos da saúde que se encontram em disputa, e por isso adotam práticas distintas, porém o

¹¹ Reitera alguns dos princípios do modelo liberal.

modelo sanitarista sofre diretamente com os reveses desse modelo privatista, que se encontra pautado no fator doença, curativista e não nas questões que envolvem as determinações sociais.

Essa tensão presente, na contemporaneidade, entre esses diferentes modelos rebate, no exercício profissional do Serviço Social, que segundo Bravo e Matos (2006, p. 36) requer assistentes sociais com condutas distintas, em relação ao

[...] projeto privatista [que] requisitou, e vem requisitando, [a esse profissional], entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.

Entretanto, o projeto de Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Esse resgate sociohistórico fundamentado na compreensão da atuação do Serviço Social no contexto dessa política social pública, isto é, da saúde, torna-se primordial no entendimento dos desafios presentes na realidade que envolvem o exercer profissional dos(as) assistentes sociais no contexto capitalista.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma abordagem qualitativa com base no método de Revisão Integrativa (RI). Consoante Botelho (2011), esse método permite a compreensão mais inclusiva de fenômenos abordados em estudos anteriores.

De acordo com Botelho *et al.* (2011), a RI deve iniciar com a identificação do tema e a seleção da questão da pesquisa, subsidiando um raciocínio teórico e incluindo definições estabelecidas previamente pelos pesquisadores. Em uma segunda etapa, preconiza-se o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, sempre com foco principal na pergunta de pesquisa estabelecida no momento de identificação do tema (BOTELHO *et al.*, 2011).

Na terceira etapa, Botelho *et al.* (2011) citam que deve ser realizada a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, a partir de uma leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chaves de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca. Em seguida, segue-se a categorização dos estudos selecionados, a fim de sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores.

Por fim, segue-se a apresentação da revisão e a síntese do conhecimento, favorecendo a

obtenção de informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão (BOTELHO *et al.*, 2011).

Foram utilizados artigos publicados pelo periódico Serviço Social & Saúde (UNICAMP, 2018), que por sua vez utilizaram os bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os descritores “Assistente Social e Saúde”, “Serviço Social e Saúde”, “Serviço Social e Política de Saúde”.

Esses artigos são datados entre 1976 e 2014. Ressalta-se que foram excluídos estudos incompletos, dissertações de mestrado, teses de doutorado, capítulos de livros, e artigos que não tiveram como objeto de estudo o Serviço Social na Atenção Primária. Chama-se atenção para o número pouco expressivo de estudos com essa temática (Serviço Social na Atenção Primária).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os artigos encontrados pela revista Serviço Social & Saúde (UNICAMP, 2018), por meio do banco de dados citados, versaram sobre: Estratégia de Intervenção, Formação Profissional, Saúde Mental, Serviço Social Hospitalar, Serviço Social e Saúde do Trabalhador e Atenção Primária e Serviço Social. Em relação a este último, foram encontrados apenas 04 trabalhos que de fato tratam sobre a RI proposta neste estudo. Reitera-se a escassez de estudos sobre essa temática.

Antes, é preciso mencionar que a atuação efetiva do Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente, na atenção primária, ocorreu a partir da década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente tornou-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010).

Apenas em 2008, foi aprovada a Portaria nº 154/2008, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de potencializar as ações das equipes de Saúde da Família e, consequentemente, aumentar a resolubilidade da atenção primária mediante o apoio matricial de especialistas, no desenvolvimento de ações de saúde. Essas equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas, como é o caso do Serviço Social (BRASIL, 2008).

A análise integral dos artigos permitiu encontrar duas categorias temáticas: 01- A Atenção Primária: a Saúde como locus de atuação direta do assistente social; 02- A Atenção Primária como lugar de atuação do Serviço Social a partir da integração do profissional ao NASF, enquanto profissional especializado para o apoio matricial (UNICAMP, 2018).

Segue em anexo quadro com as informações dos estudos encontrados pelo Serviço Social & Saúde (UNICAMP, 2018).

Quadro 1 - Artigos

AUTORES E ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	PERIÓDICO
HERREIRA, N.A, (1976)	Serviço Social: Objetivos, Funções e Atividades em uma Unidade Sanitária.	Exemplificar as atribuições e ações do Assistente Social desenvolvidas no Centro de Saúde Experimental de Barra Funda, São Paulo.	Rev. Saúde Pública, São Paulo; n.10, p. 209-16, 1976.
QUINTINO, T.D; MATTOS, A. T. R.; BARBOSA, D.C. M; FOSTER, A.C., 2012.	As Contribuições do Assistente Social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades.	Verificar a contribuição do Assistente Social na promoção da Saúde.	Rev. APS., v. 15, n. 3, p. 345-355, 2012.
FERNANDES, R.M. C, 2012.	Educação permanente nas situações de trabalho de assistentes sociais.	Estudar as experiências de educação permanente, vivenciadas pelos Assistentes Sociais nas situações de trabalho na saúde.	Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.10 n.3, p. 481-505, 2012.
SODRÉ, F. 2014.	O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento.	Aborda o trabalho dos Assistentes sociais na atenção primária em Vitória-ES.	Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, 2014

Fonte: Serviço Social e Saúde (2018).

O primeiro autor, Herrera (1976), analisa a atuação de uma assistente social em um Centro de Saúde Experimental, em nível de uma unidade sanitária, no município de São Paulo. Esse estudo foi realizado em um momento de mudanças nos conceitos de saúde abrangendo outros fatores além da doença.

Segundo Herrera (1976), o Serviço Social era uma profissão que requeria adaptação constante às novas situações, tendo que lidar com as influências econômicas, sociais e culturais no indivíduo, na família e na comunidade. Ao definir e problematizar as atribuições do assistente social, defendeu a necessidade de o profissional compor a equipe da unidade do planejamento e execução das ações e dos programas de saúde, possibilitando, assim, a definição da sua atuação frente aos demais profissionais.

Em 1976, a assistência social inserida nesta unidade experimental desenvolvia atividades diretamente ligadas à população, intervindo diretamente na situação social problema junto

ao território, e atualmente é similar as atribuições desse profissional no NASF, visto que auxilia a potencialização das ações dos serviços da unidade de saúde da família (HERRERA, 1976).

Quintino *et al.* (2012) apresentam a atuação do assistente social no contexto de implementação do NASF, no eixo da promoção da saúde, justificando a importância do profissional na Atenção Primária a partir da influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Ao integrar as equipes multiprofissionais na Atenção Primária, o Serviço Social pode contribuir com reflexões teórico-críticas para a efetivação do modelo da Reforma Sanitária.

Quintino *et al.* (2012) analisaram as demandas e atuações desse profissional com base no documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, elencando alguns pontos, tais como: identificar vulnerabilidades da população atendida; potencializar o protagonismo dos usuários frente às questões que impactam no processo saúde-doença; coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF; estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF; discutir e refletir, permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; e atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais, entre outras.

Quintino *et al.* (2012) destaca os impasses como a complexidade do trabalho para formação de vínculo e conscientização da população adstrita e da comunidade para o protagonismo frente às situações de vulnerabilidade, o assistente social fica responsável por mais de uma unidade de saúde, tendo que realizar o diagnóstico sociofamiliar e territorial destas unidades e planejar distintas estratégias de intervenção. Assim como a dificuldade em trabalhar em conjunto com os profissionais da unidade construindo um processo de trabalho em comum.

A terceira autora, Fernandes (2012), explicita em seu estudo que o processo de trabalho do assistente social na política de saúde também se constitui em espaço de formação profissional. O objetivo está centrado na inter-relação do contexto de formação do profissional com as situações de trabalho, visando uma construção crítica sobre os processos de educação nos eixos do trabalho (hospitalar, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e na atenção primária).

Para Fernandes (2012), os assistentes sociais, por meio de reflexão e posicionamento crítico sobre o cotidiano de trabalho na área da saúde, podem adquirir novo saber e ressignificar suas práticas, portanto, a política de saúde seria um local privilegiado de educação permanente. Essa formação ocorre durante o processo de trabalho, que se dá pelo próprio diálogo entre os profissionais que compõem a equipe. Portanto, ao se pensar o assistente social no âmbito do

NASF, essa formação se daria nos casos de matriciamento¹². Essa interação dialógica ocorre na relação do profissional de Serviço Social com os demais profissionais da equipe NASF e com os profissionais da unidade de saúde da família.

A quarta e última autora, Sodré (2014), foi a única, e a mais recente entre os estudos apontados, que contextualiza a atuação do assistente social na Atenção Primária à Saúde. Ela abordou as ações de promoção de saúde realizada por assistentes sociais inseridos no NASF, buscando diferenciar os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde segundo a percepção desses profissionais.

De acordo com Sodré (2014), as assistentes sociais entrevistadas compreendem distintas formas de prevenir ou promover saúde nas ações desenvolvidas. Definem o conceito de prevenção como sendo o combate a um risco específico ou uma doença, ou doenças que precisam de atuação direta para não se alastrar ou aumentar o número de casos. Em relação ao conceito de promoção, acabam confundindo com o de prevenção, ou então definem a promoção como sendo algo mais amplo e que busca mudança de comportamento e hábitos.

Essas profissionais descartam a influência dos demais determinantes sociais no processo saúde-doença, tais como: acesso à educação, moradia, lazer, esporte, entre outros, reforçando assim as ações individuais. O foco passa a ser o indivíduo e seus hábitos, como se tivesse a possibilidade de isolá-lo do seu contexto socioeconômico e político (SODRÉ, 2014).

Essa concepção das assistentes sociais acaba reforçando o modelo neoliberal, ou seja, se não houve transformação no estilo de vida e nos hábitos a culpa é tão somente do indivíduo e não da estrutura socioeconômica a qual ele pertence. Para transformação no estilo de vida é necessário que haja oportunidades.

Portanto, para que as ações dos profissionais de Serviço Social tenham impacto positivo na promoção de saúde, é necessário que esses compreendam o contexto social e comunitário em que a família está inserida, segundo a economia, a cultura e a proteção social que configuram aquele país.

É preciso que seja apreendida a totalidade das expressões da questão social envolvida (desemprego, uso de substâncias psicoativas, baixa escolaridade, gravidez na adolescência, entre outros) para efetivar a promoção da saúde, para além da demanda de saúde trazida pelo usuário ou sua família, atuando em causas e origens, tendo como pano de fundo a estrutura e a

¹² O matriciamento é entendido como uma estratégia de reorganização do trabalho em saúde, que pode ser o arranjo entre os recursos ofertados para o cuidado em saúde que ocorrem em diferentes serviços. Além disso, a proposta é que a horizontalidade ocorra pela reestruturação do sistema de saúde em dois tipos de equipes: de referência e de apoio matricial. (BRASIL, 2011; MEDEIROS, 2015).

conjuntura social. Caso contrário, ocorrerá uma mera reprodução das ações imediatistas, muitas vezes desenvolvidas por outros profissionais que atendem na Atenção Primária.

Além disso, questões biológicas e sociais são tratadas distintamente, como se fosse possível enxergá-las e apreendê-las separadamente e não em interação. Assim, toda demanda que não tem cunho de doença, não tem diagnóstico físico, é considerado social, portanto, nas práticas da atenção primária, o social não se relaciona com a saúde e é tido como algo externo e passam invisíveis neste nível de atenção.

Conforme observou Sodré (2014, p.78),

[...] há repetição de um entendimento de que aquilo que é social é exógeno à saúde pública, como se a questão social, suas expressões e suas macrodeterminações não fossem parte da saúde. [...] o que requer uma intervenção social não se mostra como algo endógeno ao campo da saúde. É tratado como uma externalidade. É como se existisse uma porta imaginária dentro das unidades de saúde que dividissem o biológico e o social, devendo o usuário atravessar essa porta ou não passar por ela [...]

Outros dois questionamentos importantes do estudo são: a inserção do assistente social na equipe de especialistas do NASF e não na equipe mínima; e a aproximação do trabalho do agente comunitário com o do assistente social, por meio da visita domiciliar, que, segundo Sodré (2014), é próprio da prática do assistente social.

Em relação ao primeiro questionamento, há uma concordância de que, ao ser inserido na equipe de especialistas, enfraqueceram-se as competências e habilidades do profissional em trabalhar com famílias, pois este passou a ser referência para equipe e não para a população que era para ser o principal alvo de suas ações. Essa divisão acaba enfraquecendo o poder de escuta, de empoderamento e de mobilização dos profissionais com a população usuária da política.

Já o segundo questionamento, fundamenta a ideia de concorrência entre o assistente social e o agente comunitário de saúde, porque ambos realizam a visita domiciliar no cotidiano de trabalho. É importante ressaltar que a visita domiciliar é uma estratégia de intervenção e não o atendimento em si, utilizada por outros profissionais como o médico, enfermeiro, cirurgião dentista (GARGARANO, 2004).

A forma e os objetivos pelo qual cada profissional opta por essa forma de intervenção relacionam-se a cada profissão, e uma visita domiciliar realizada por um profissional não invalida a de outro. Desta maneira, restringir a visita domiciliar como propriedade da prática do assistente social é reduzir as possibilidades de ações do profissional relegando a ele um papel secundário frente às demais profissões (GARGARANO, 2004).

A visita domiciliar ultrapassa as atividades do assistente social e do agente comunitário

e se configura como uma forma de atendimento utilizado pelos profissionais da ESF para potencializar os atendimentos, buscando, assim, alcançar a integralidade das ações (GARGARANO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos pontuados pelo periódico Serviço Social & Saúde (UNICAMP, 2018), em sua maioria, abordaram as atribuições do assistente social em áreas específicas. Dos quatro estudos que abordam Serviço Social e Atenção Primária, um deles foi realizado em 1976, anterior à promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que decretou a saúde como direito de todos e dever do Estado, todavia foi justamente realizado em um Centro de Saúde, que se caracteriza como campo inovador de instrução e aperfeiçoamento profissional.

Outros dois artigos foram publicados em 2012, em momento posterior a implantação do NASF, cuja configuração incorpora o assistente social, e uma atuação mais presente na Atenção Primária, entre outras profissões, como equipe de apoio das unidades de saúde da família. O segundo abordou a importância e a pertinência da atuação do assistente social na promoção de saúde, enquanto o outro abordou os cenários de atuação do profissional como espaço de formação contínua.

O quarto artigo abordou, especificamente, o processo de trabalho de assistentes sociais na Atenção Primária, trazendo inquietações e contradições, no tocante a atribuição do profissional e as ações realizadas.

Este trabalho assinala que há poucos estudos abordando a atuação do assistente social na Atenção Primária. É um tema relevante e merece uma atenção maior por parte dos estudiosos e pesquisadores, concernentes ao aprimoramento dos conhecimentos teóricos e práticos, para consolidação e reconhecimento do profissional perante a Atenção Primária e aos demais profissionais da equipe.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Congresso Federal. *Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. Brasília. Disponível em: Lei 8080: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/l8080.htm>

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990* (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/l8142.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF*. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.* [online], n.19, p.20-28, 2002. ISSN 1413-2478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. de S. et al. *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

CONSELHO Federal de Serviço Social. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 23 out. 2019.

FERNANDES, R. M. C. Educação permanente nas situações de trabalho de Assistente Sociais. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro; v. 10, n. 3, p. 481-505, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n3/a08v10n3.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

GARGARANO, F. et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre; v. 48, n. 2, p. 90-94, 2004.

HERRERA, N.A. Serviço Social: objetivos, funções e atividades em uma unidade sanitária. *Revista Saúde Pública*, São Paulo; v. 19, p. 209-216, 1976. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v10n2/07.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MARTINELLI, M. L. *Serviço Social: Identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 2010.

MEDEIROS, R. H. A. de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MONTAÑO, C. *A Natureza do Serviço Social: Um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social* - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

QUINTINO, T. D. *et al.* As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades. *Revista de APS*, Juiz de Fora; v. 15, n. 3, p. 345-355, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SODRÉ, F. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo; n. 117, p. 69-83, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

UNICAMP (SP). *Serviço Social & Saúde*, v.7, n.2, 2018. [26] ISSN 1676-6806