



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO

Gabriela Cristina Braga Bisco¹

Resumo: Diante das transformações societárias no mundo do trabalho e das políticas de proteção social, a atuação da/o assistente social é marcada por desafios que refletem o impacto da contra reforma do Estado. O objetivo do presente artigo é possibilitar algumas reflexões sobre o trabalho da categoria na área da saúde e a sua contribuição para o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde; Efetivação de Direitos.

Abstract: In light of the corporate transformations in the workplace and on social protection policies, the role of the social assistant is marked by challenges that reflects the impact on State's counter reform. The objective of this article is to make possible some reflections about the category's work in healthcare area and its contribution to universal and full access of healthcare services.

Keywords: Social Service; Health; Effective rights.

Introdução

No contexto das transformações societárias, como assinala Paulo Netto (1997) as mudanças no mundo do trabalho afetam tanto a classe trabalhadora, com o crescente retrocesso em relação aos direitos sociais, afetando ainda o trabalho de profissionais que atuam diretamente no desenvolvimento de políticas públicas para a população.

Diante do contexto de precarização dos serviços públicos, principalmente na área da saúde, com serviços cada vez mais focalizados e seletivos, o trabalho da/o assistente social é importante na medida em que contribui para que a população tenha acesso aos serviços de saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), esse trabalho contribui com possibilidades e estratégias de educação e promoção em saúde.

O compromisso profissional da/o assistente social está direcionado pela qualidade dos serviços oferecidos, na produção teórico-científica, buscando estratégias qualificadas para o enfrentamento dos desafios e respostas no âmbito das políticas públicas, e da política de saúde.

¹ Estudante de pós-graduação. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UNESP/FCHS). E-mail: <gabriela.cristina.bragabisco@gmail.com>.

O Serviço Social é uma profissão – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sociotécnica do trabalho – com estatuto jurídico reconhecido (Lei 8.669, de 30 de junho de 1993); enquanto profissão, não é uma ciência nem dispõe de teoria própria; mas o fato de ser uma profissão não impede que seus agentes realizem estudos, investigações, pesquisas etc. e que produzam conhecimentos de natureza teórica, incorporáveis pelas ciências sociais e humanas. Assim, enquanto profissão, o Serviço Social pode se constituir, e se constituiu nos últimos anos, como uma área de produção de conhecimentos [...]. (PAULO NETTO, 2012, p. 12).

Na Atenção Primária à Saúde, a/o assistente social integra as equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Reconhecendo que o trabalho do Serviço Social contribui para ampliar o acesso aos direitos sociais. A pesquisa tem como pressupostos que o trabalho do assistente social na saúde é relevante e fundamental, na medida em que o Projeto Ético-Político da categoria profissional tem como direção a justiça social e a defesa dos direitos sociais da classe trabalhadora. Além disso, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é fundamental, pois ela é considerada a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde.

Política de saúde no Brasil: avanços e retrocessos

O direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de lutas e reivindicações da classe trabalhadora, de movimentos sociais e profissionais voltados para a defesa dos direitos da população, uma vez que, anteriormente a criação do SUS, o acesso era restrito para as pessoas que pagavam pelos serviços de saúde, seja de maneira direta ou por algum tipo de contribuição privada. Além disso, os serviços concentravam-se na solução de doenças, desconsiderando todos os aspectos que interferem na saúde e qualidade de vida dos sujeitos.

As políticas de proteção social, incluindo a saúde, são “[...] consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato.” (MOTA, 2004 a apud MOTA 2006, p. 40).

No que diz respeito à saúde, os sujeitos de forma coletiva, iniciaram um debate sobre as condições de vida da população, a interferência de questões econômicas e sociais na saúde, além do papel do Estado na formulação e garantia de uma política de saúde que pudesse abranger toda a população. De acordo com Bravo (2006, p. 26):

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 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, 2006, p. 96).

O Movimento de Reforma Sanitária, tinha como propostas a criação de um sistema unificado de saúde, onde o Estado seria responsável pela garantia do acesso aos serviços, além da ampliação do conceito de saúde, considerando determinantes sociais e econômicos no processo saúde/doença da população, e estendendo a cobertura gratuita, com qualidade dos serviços, para todos. Além disso, essa ação conjunta da classe trabalhadora e dos órgãos representativos da sociedade civil, tais como sindicatos, associações de moradores, trabalhadores de saúde entre outros, tinham como direção a defesa da democratização dos espaços institucionais e a participação social nas três esferas do governo.

A partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, a saúde deve ser garantida por meio de “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A saúde compõe o tripé da Seguridade Social brasileira, assim como a previdência e a assistência social, que também são de responsabilidade do Estado.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90, regulamenta em todo território nacional o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 7º, determina os princípios previstos a serem seguidos:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990, p. 3).

Entre os princípios assegurados, cabe destacar, em especial, a universalização do acesso, a integralidade da atenção em todos os níveis de atendimento e a descentralização dos serviços e ações. Tais princípios são fundamentais para o acesso da população a todos os níveis de serviços de saúde, de forma justa e igualitária.

Porém, logo após a aprovação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da LOS (BRASIL, 1990), o ideário neoliberal avançou pelo Brasil e impactou diretamente os direitos da população. Iniciado no final da década de 1980, o neoliberalismo surgiu como uma política econômica, com restrição do papel do Estado e abertura para o mercado. Com o avanço desse ideário, as políticas públicas passaram a ter, cada vez mais, um caráter focalizado e seletivo, não atendendo as reais necessidades da população. Além disso, é crescente a redução dos direitos sociais, a privatização dos serviços, a focalização de políticas públicas, e o afastamento do papel do Estado na garantia dos mínimos sociais para a população, com o seu papel de mediador das relações sociais e desigualdades.

A área da saúde também foi impactada por essa contrarreforma, principalmente no que se refere à participação do mercado privado como forma complementar aos serviços de saúde. Essa participação está regulamentada na própria Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que determina que os planos privados de saúde podem participar de forma complementar ao SUS. Nesse sentido, o financiamento dos serviços de saúde também está comprometido, uma vez que os recursos que seriam exclusivos do SUS, podem ser destinados aos planos privados, fortalecendo o mercado da saúde. De acordo com Ravagnani (2013, p. 18):

Percebe-se que a construção da ideia que afirma a necessidade do setor privado para o atendimento das necessidades humanas encontra terreno favorável quando uma gama muito grande de necessidades básicas, historicamente, não tem lugar garantido na esfera das opções e decisões macroeconômicas governamentais. Dessa maneira, visualiza-se uma aceitação, um consenso e um consentimento ideologicamente forjados, em meio à falta de opções, da proposta privatizante que responda com recursos públicos às necessidades do público usuário. Portanto, apesar do direito à saúde ser garantido constitucionalmente, a participação complementar do setor privado surge como forma de opção em meio a precarização dos serviços de saúde, com uma falsa ideologia de que o que é privado possui uma qualidade melhor. (RAVAGNANI, 2013, p. 18).

A partir da década de 1980, com o avanço do ideário neoliberal, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) passaram a interferir diretamente na área da saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito ao financiamento, com orientações econômicas a partir de programas de estabilização econômica e de ajuste estrutural, propondo uma reforma do Estado (CORREIA, 2007).

De acordo com Correia (2007), a saúde passou a ser interesse desses órgãos econômicos por constituir-se como um importante mercado a ser explorado pelo capital, pelas indústrias farmacêuticas e empresas de tecnologia e equipamentos de saúde.

A preocupação central do BM não leva em consideração a saúde na perspectiva totalizante, considerando todos os determinantes sociais que afetam a saúde da população, como os aspectos sociais, econômicos e saneamento. Ele considera apenas a relação custo-benefício dos programas e serviços, considerando que o caráter universal da política de saúde

brasileira não é viável do ponto de vista econômico, pois gera muitos gastos e despesas. Em um dos vários documentos sobre a saúde brasileira, o BM orienta que “[...] muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7).

A abertura e prioridade máxima à privatização abre espaço para a focalização dos serviços, seletividade e descentralização da gestão, o que vai totalmente contra o direito a saúde garantido constitucionalmente.

No documento “Salud: documento de política sectorial”, de 1975, o BM orienta para a quebra da universalidade, a utilização de mão de obra desqualificadas, procedimentos simplificados, seletividade e focalização da atenção aos mais pobres. Neste mesmo documento, afirma que a prioridade é o desenvolvimento de serviços na atenção básica. Porém, a Atenção Primária à Saúde também vem sendo afetada pela contrarreforma do Estado.

A Atenção Primária à Saúde foi assegurada a partir da Lei 8080/90 (BRASIL, 1988), e é caracterizada como um conjunto de programas e serviços individuais ou coletivos, que visam à educação, prevenção, diagnóstico e promoção em saúde. É considerada a porta de entrada para o SUS, pois é a partir da atenção básica que a população tem acesso aos serviços de saúde e pode ser encaminhada para os serviços de alta complexidade, dependendo da demanda. Ela é desenvolvida por “[...] meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, das quais assumem a responsabilidade” (CNS, 2004, p. 7).

A Declaração de Alma Ata da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978), define a Atenção Primária à Saúde como cuidados primários da saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 13)

Os principais marcos legais para a garantia e implantação da Atenção Primária à Saúde no Brasil foram a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994; a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), onde o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde, em substituição às modalidades tradicionais;

o Piso de Atenção Básica (PAB), que estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas; Pacto de Indicadores da Atenção Básica; criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf); Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) formulada em 2006 e revisada nos anos de 2011 e 2017.

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos documentos e normatizações que favoreceram a implantação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, contribuindo para a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente na questão da universalidade e integralidade. As definições da Atenção Primária à Saúde são documentadas e asseguradas através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define o modelo de atenção, gestão e financiamento da atenção básica no Brasil.

A aprovação da PNAB (BRASIL, 2011) permitiu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Porém, contrariando os princípios e diretrizes fundamentais da atenção básica, no ano de 2017 a PNAB foi revisada e nela foram introduzidas definições que representam um retrocesso em relação aos direitos historicamente conquistados para a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Em relação a cobertura universal dos serviços de atenção básica, na nova PNAB existe uma cobertura relativizada e flexibilizada. A cobertura de 100% destina-se apenas as áreas de risco e vulnerabilidade social, não abrangendo a totalidade da população em territórios distintos.

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017, p. 5).

Além disso existe a flexibilização da cobertura em relação ao tamanho da equipe e tamanho da população. De acordo com a nova PNAB, em relação as especificidades do território, ela prevê a possibilidade de novos arranjos de cobertura, com parâmetros populacionais que podem ter um alcance maior ou menor que o recomendado: “[...] o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente” (BRASIL, 2017, p. 6).

Outro princípio que está em risco é o da integralidade, uma vez que existem novos padrões de ações e cuidados diferenciados de acordo com as especificidades territoriais.

Esses novos arranjos representam uma segmentação a Atenção Primária à Saúde, pois reflete o atendimento dos serviços mínimos, com cobertura focalizada na população mais vulnerável. O que já observamos no sistema de saúde como um todo, é a focalização dos serviços direcionados nos mais pobres, como se fosse uma política pobre para os pobres, desconsiderando os princípios e diretrizes fundamentais do SUS.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços 'essenciais' e 'ampliados', é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 17).

Essa segmentação e fragmentação do acesso, relacionadas com os problemas históricos do SUS em relação a participação do mercado privado na saúde, podem favorecer a abertura e ampliação de espaços para os setores privados e planos de saúde suplementar.

A alteração na composição de equipe e também na carga horária de profissionais, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médicos, compromete o atendimento prestado à população, principalmente em relação a ações educativas e de promoção da saúde. Essas alterações reforçam a preocupação com o custo-benefício, diminuindo custos com profissionais. Essa estratégia pode ser eficiente para a gestão dos serviços, com redução de gastos, mas desconsidera os efeitos negativos sob os programas e serviços destinados para a população. Um exemplo recente desse retrocesso em relação as equipes foram as mudanças no Programa Mais Médicos, do governo federal, que sofreram impactos importantes a partir do governo de Jair Bolsonaro, diminuindo os médicos especializados após o rompimento de contrato com Cuba.

A atenção básica tenderia a concretizar os princípios do SUS, principalmente em relação a cobertura universal. Porém, o que se observa a partir dessas novas determinações, é um retrocesso em relação às conquistas históricas.

O trabalho da/o assistente social na saúde: desafios e possibilidades

Diante desse contexto, a/o assistente social começou a integrar a equipe de Atenção Primária à Saúde a partir da criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Criado em 2008, o NASF integra profissionais de diferentes áreas que atuam em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com as orientações da Atenção Primária à Saúde. Cabe a equipe multiprofissional o desenvolvimento de ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento de ações no território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

O NASF é uma estratégia de organização que deve orientar-se pelo referencial do apoio matricial, ou seja, matriciamento, que significa, em síntese, “[...] um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico/terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13). Em outros termos, o matriciamento visa transformar a lógica tradicional – verticalizada – dos sistemas de saúde, em uma lógica horizontal, mais eficaz para a ampliação do campo de atuação das ESF e qualificação de suas ações (CHIAVERINI, 2011). O NASF por meio do matriciamento, é um modelo que articula ações de diferentes profissionais na busca por uma ampliação do acesso, com práticas educativas e de promoção de saúde. Porém, ele ainda possui resistências em sua implantação.

[...] o matriciamento ainda possui resistências em sua implantação, seja por parte da gestão do SUS, seja por parte dos profissionais de saúde. Em relação à gestão do SUS, o incentivo à produtividade é o principal obstáculo a ser superado, visto que o foco dos profissionais do NASF, para a gestão, deve ser a dimensão clínico-assistencial e um processo de trabalho centrado em procedimentos. Para eles, momentos de discussão de casos, reuniões entre eSF e profissionais do NASF e educação permanente não são eficazes para a resolutividade dos problemas da APS e por isso devem ser evitados. Em relação aos profissionais que atuam na APS, observam-se dificuldades no compartilhamento dos saberes e intervenções, fazendo com que operem numa lógica biomédica e corporativista. Também se observa uma lógica de trabalho pautada na autoridade, com esquemas de decisão e poder assimétricos, na qual os profissionais da eSF acreditam que são os únicos responsáveis pelos usuários e por isso podem atuar sozinhos; os profissionais do NASF, por sua vez, ao receberem uma situação para atendimento, acreditam que o usuário passa a ser de sua responsabilidade, não compartilhando com a equipe de referência o andamento do acompanhamento do usuário. (MARTINI, DAL PRÁ, 2015, p. 125,126).

Diante dessa realidade complexa e contraditória, o trabalho da/o assistente social na Atenção Primária à Saúde, por meio do NASF, pode contribuir significativamente para o fortalecimento dos princípios da universalidade e integralidade do atendimento e acesso aos serviços de saúde.

O Serviço Social é considerado uma profissão da saúde, conforme a Resolução do CFESS Nº 383 de 1999 (CFESS, 1999), que caracteriza em seu artigo 1º o Assistente Social como profissional da saúde, atuando por meio de políticas sociais. A dimensão interventiva e a postura investigativa, fazem parte do cotidiano profissional, pois contribuem para a definição de estratégias e possibilidades para enfrentamento de desigualdades sociais, além de contribuir para que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde. O trabalho da/o assistente social na saúde tem como referência os princípios do Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993), do Projeto Ético-Político e dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Os princípios fundamentais do Movimento de Reforma Sanitária para o direcionamento do SUS estão em consonância com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que possui uma clara direção na defesa dos direitos da classe trabalhadora, na perspectiva de direito

universal, livre de qualquer preconceito. De acordo com Miotto e Nogueira (2006, p. 222), “[...] a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social”, são pontos em comuns entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária.

Além disso, o Serviço Social contribui na integralidade dos serviços prestados, buscando uma compreensão de totalidade da realidade dos sujeitos, considerando não apenas a doença e sim todos os aspectos econômicos e sociais. A categoria contribui ainda com o trabalho socioeducativo, por meio de orientações que possibilitam que a população reconheça seus direitos e passe a reivindicá-los.

Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais. Afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 4).

Pode-se afirmar, portanto, que a/o assistente social é um profissional que pode contribuir significativamente na Atenção Primária à Saúde, uma vez que sua atuação contribui para a ampliação do olhar sobre a saúde, tendo como base as determinações sociais e contribui para a construção de redes de suporte social, imprescindível para o trabalho do NASF.

Considerações finais

A temática do Serviço Social na Saúde é algo que vem sendo discutida há muitos anos, sempre com novos questionamentos sobre o trabalho profissional neste espaço de atuação.

Devido a importância do trabalho da/o assistente social na saúde para que as reais necessidades da população sejam atendidas, seja para conseguir um tratamento específico, acesso a recursos, orientações e encaminhamentos para rede de atendimento dos municípios, a continuidade do estudo e reflexões sobre essa temática torna-se valiosa pela contribuição com novos questionamentos e com possíveis respostas aos desafios contemporâneos enfrentados pela profissão, consequência dos impactos da contrarreforma do Estado.

Espera-se que a pesquisa contribua com o debate sobre a contribuição do Serviço Social na saúde para a ampliação de direitos sociais, com visibilidade para uma sociedade justa e igualitária, conforme direção do Projeto Ético-Político da profissão. Pois, segundo Martinelli (2011):

No campo específico da intervenção profissional só podemos atingir novos patamares no campo dos direitos sociais se estivermos firmemente posicionados em nosso projeto ético-político de profissão, articulando-nos a movimentos mais gerais da sociedade brasileira. (MARTINELLI, 2011, p. 10)

O trabalho da/o assistente social na saúde exige a criticidade diária, em um movimento que seja capaz de envolver as três dimensões fundamentais no processo de trabalho cotidiano: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, reafirmando a direção social do projeto de profissão e a defesa da classe trabalhadora. Além disso, é importante refletir sobre o trabalho profissional em uma perspectiva crítica, que também sofre os rebatimentos da contrarreforma do Estado como a precarização do trabalho e a dificuldade de reafirmação do Projeto Ético-Político em espaços institucionais.

A pesquisa pode contribuir ainda com reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde no sentido de aprofundar os estudos sobre as mudanças que estão ocorrendo no sistema de saúde do Brasil, com o aprofundamento das desigualdades e de mudanças estruturais que afetam a população.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID.** Washington, D.C. 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **LEI ORGÂNICA DA SAÚDE DE Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília (DF), 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. SERVIÇO social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética profissional dos assistentes sociais. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 273, DE 13 DE MARÇO DE 1993**, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383**, de 29 de março de 1999.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília (DF): CFESS, 2010.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CORREIA, M. V. C. Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. **Temporalis**, Brasília (DF): Abepss, ano 7, n.13, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária**. Seminário para estruturação de consensos. Cadernos de informação técnica e memória de Progestores. Brasília (DF), 2004.

IAMAMOTO. M. V. O Serviço Social na Cena Contemporânea. SERVIÇO SOCIAL: direitos sociais e competências profissionais. Brasília (DF): CFESS; ABEPSS, 2009.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas: UNICAMP, v. 10, n. 12, Dez. 2011.

MARTINI. D.; DAL PRÁ, K. R. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C; Fonseca A.F.; Lima, L.D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. SERVIÇO social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E.... [et al.] (Org.). SERVIÇO social & saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PAULO NETTO, J. Crise do capital e consequências societárias. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

_____. Transformações societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectivo da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 50, pp. 87-132, abr.1997.

RAVAGNANI, C. L. C. **A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**: direito garantido, não se compra, não se vende. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2013.

