



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: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção.

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: OS DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Denison Martins dos Santos¹
Nívea Mayse Paiva da Silva²

Resumo: Este trabalho analisa a intervenção do/da assistente social na política de saúde/Atenção Básica, considerando os rebatimentos da agenda neoliberal na conjuntura brasileira pós década de 1990, no âmbito do trabalho e do Estado, que tem direcionado o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica para um intenso processo de crise e precarização dos serviços em todas as regiões do país.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Básica; Serviço Social.

Abstract: This paper analyzes the intervention of the social worker in health policy/Basic Care, considering the refutations of the neoliberal agenda in the Brazilian conjuncture after the 1990s, in the scope of work and the State, which has directed the Unified Health System (SUS) and Basic Attention to an intense crisis process and precariousness of services in all regions of the country.

Keywords: Unified Health System; Basic Attention; Social service.

1. INTRODUÇÃO

Bravo (2009, p. 90) assegura que no Brasil a saúde emerge como “questão social”³ no início do século XX, em meio à economia capitalista exportadora (cafeeira) que refletia consideravelmente no avanço da divisão do trabalho e na emergência do trabalho assalariado. No âmbito da consolidação de uma proposta proteção social que contasse com a garantia do direito à saúde integral, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no ano de 1986 contou com a participação de técnicos do setor de saúde, gestores e sociedade civil, propondo um modelo protetivo direcionado ao modelo de acesso universal a saúde.

No relatório final da VIII Conferência, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (BRAVO, 2009).

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal do Pará, E-mail: denisonsantos85@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Marinha do Brasil, E-mail: denisonsantos85@gmail.com.

³ A “questão social” diz respeito à divisão da sociedade em classes e à luta pela apropriação da riqueza socialmente produzida (YASBEK, 2014, p. 46).

Acompanhando as propostas do processo democrático constituinte, o chamado Movimento em favor da “Reforma Sanitária”⁴ apresentava proposições concretas para a política de saúde, dentre elas: a saúde como direito de todo cidadão, independentemente de contribuição, ou da condição de trabalhador rural ou não. Esta proposta inovadora veio ancorada numa concepção ampliada de Saúde com a estruturação do SUS, possibilitando ações profissionais que viabilizem a promoção da saúde da população.

No âmbito destas mudanças, destaca-se que o fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988. O SUS é regulamentado pela Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e pela Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destaca as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e outras providências. Em seu artigo 2º, garante que *“a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*.

Segundo enfatiza Bravo (2009) a incisiva intervenção do Estado no campo da saúde neste período, ocorre devido as grandes mudanças decorrentes do processo de industrialização no país, que traz consigo a redefinição do papel do ente estatal por meio do surgimento das políticas sociais e outras respostas resultantes das lutas dos trabalhadores.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores projetos públicos de inclusão social, mas ainda inconcluso conforme destacam vários autores e defensores do movimento sanitário. Trata-se de uma estrutura hipercomplexa, em transformação permanente, baseada em trabalho humano corporificado nas instituições, mas também com grandes avanços, sendo o maior sistema público de saúde do mundo, embora com problemas de diversas ordens – estrutural, recursos humanos e financeiro - a serem enfrentados. Atualmente há um conflito entre os setores público e privado, que impede um maior avanço do sistema de saúde.

Conforme destacam Nogueira & Miotto (2004), a ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde, pois ao viabilizar e concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, assumindo várias perspectivas, dentre as quais, a abordagem do indivíduo na sua

⁴ O termo “Reforma Sanitária” foi usado no Brasil em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi utilizada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.

totalidade como em parte de um contexto social, econômico, histórico e político; quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Atualmente, estudos sobre as condições de organização do trabalho e disponibilidade de serviços no SUS apontam realidades díspares entre Estados e regiões do país. Neste aspecto, Medeiros e Rocha (2004) discutem a problemática dos modelos de administração neoliberais implantados em todos os setores da economia e sociedade a partir dos anos 1980, e a relação com as condições socioeconômicas dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

De acordo com as autoras, na perspectiva dos trabalhadores do SUS, a medida que as políticas neoliberais de reestruturação do trabalho passam a compor as diretrizes de gerenciamento local dos estabelecimentos de saúde no Brasil, oportuniza-se uma realidade de dificuldade enfrentada pelos trabalhadores e conseqüentemente pela população participante do SUS, agudizando, portanto, as desigualdades, as injustiças e a instabilidade social na prestação de serviços e efetividade da saúde pública no país.

Quanto à inserção do Serviço Social na política de saúde, a categoria profissional de assistentes sociais historicamente tem apresentado uma intervenção profissional comprometida com a luta coletiva pela efetivação do direito social à saúde. No âmbito das profissões, as condições de precarização dos serviços de saúde pública no país têm refletido também na qualidade do trabalho das diversas categorias de trabalhadores e nos serviços disponibilizados na Atenção Básica, exigindo-se ao Serviço Social a necessidade de reafirmação do projeto ético-político profissional e reafirmação da importância do modelo de proteção previsto nos marcos da Reforma Sanitária no Brasil.

Ao proceder uma leitura de conjuntura política e econômica acerca da realidade de retrocesso nas políticas públicas/sociais (direitos sociais), Netto (1996) enfatiza que na conjuntura neoliberal as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as funções econômicas, tornando o eixo da intervenção estatal – poder político e econômico - direcionado para garantia de superlucros dos monopólios, e o Estado passa então a intervir como um administrador dos ciclos de crise do capital ou instrumento de organização da economia.

Oliveira (2016) destaca que o projeto neoliberal que se estende pelo mundo, amplia e aprofunda as desigualdades e a pobreza, ao mesmo tempo em que retira do Estado a possibilidade de intervir em políticas sociais que atendam as demandas das classes subalternas ou que possibilitem a garantia de sua sobrevivência. Efetivamente, esse

projeto submete as necessidades sociais aos interesses econômicos, tendo como objetivo principal a maximização dos lucros para os capitalistas.

A realidade em questão, desloca o sentido da saúde como direito universal, integral e equânime, desqualificando a política pública ao inviabilizar o atendimento das necessidades sociais da classe trabalhadora, tanto pelas precárias condições de vida e de trabalho, como pela desproteção social. É válido ressaltar que este contexto afeta não apenas os/as usuários/as dos serviços, como também os trabalhadores e trabalhadoras que convivem diariamente com a escassez e ausência de recursos financeiros, estrutura de atendimento e trabalho reflexo das drásticas reduções de investimentos e parte do sucateamento das políticas sociais.

1 – O Sistema Único de Saúde (SUS) e o avanço/retrocesso no direito à saúde pública no Brasil

A histórica luta de diversos segmentos da sociedade brasileira pela garantia de direitos teve como desfecho a conquista da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), considerada enquanto avanço significativo ao instaurar direitos sociais e inaugurar a Seguridade Social no Brasil, contemplando políticas universais e tendo a indicação de composição por meio do tripé: **Saúde**, que se caracterizou enquanto política universal, não contributiva, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS); **Previdência Social** considerada enquanto política restrita aos trabalhadores contribuintes; e **Assistência Social**, destinada a quem dela necessitar, objetivando garantir segurança de sobrevivência e autonomia da população (COUTO, 2004).

Embora a legislação concernente ao SUS tenha sido aprovada em 1988, somente em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 01). A partir desse instrumento jurídico-normativo há um rompimento, por meio da proposta de universalidade, no que se refere ao acesso privilegiado à saúde que no âmbito dessas alterações passa a ser compreendida enquanto direito, viabilizando, portanto, a possibilidade de alcance da igualdade.

O princípio da equidade assegura a partir da estruturação do SUS o acesso à saúde para todo cidadão, independente de classificação, social, cultural, étnica ou

religiosa. E, através da integralidade, reconhece-se a totalidade de cada indivíduo, prevendo que a saúde seja tratada em todos os níveis de atenção (BRAVO, 2000, p. 83).

A atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se pela proposta de promoção da saúde e prevenção de doenças enquanto dimensões privilegiadas das ações desenvolvidas. A equipe multiprofissional planeja, gerencia e executa as ações de acordo com os programas estratégicos operacionalizados dentro da política de saúde.

No SUS, o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Esta forma de estruturar o sistema de saúde visa à melhor programação, planejamento das ações e serviços de forma articulada e complementar, de modo que não se deve considerar um ou outro nível de atenção mais relevante, sob pena de comprometer-se a efetivação da atenção integral à saúde (BRAVO, 2000).

Nesse contexto, a atenção básica deve ser analisada enquanto o conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Destaca-se que, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006, a estratégia em Saúde da Família passa a ser considerada enquanto prioritária para a organização dos serviços no nível básico de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo território nacional.

Conforme destacado, a partir dos anos 1990, em meio às contradições da política de saúde no Brasil, ocorre a estruturação do nível de Atenção Básica no SUS, através da Política Nacional de Atenção Básica/2006, e das Diretrizes para a Gestão. Esse conjunto de normativos envolvem princípios que visam ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção (BRASIL, 2006). Portanto, a Estratégia Saúde da Família é considerada como alternativa para a reorganização dos serviços de Atenção Básica do SUS, assumindo a atenção centrada na família, no território físico e social que a envolve e em ações preventivas.

A composição da equipe mínima de Saúde da Família regulamentou a interação entre as profissões, tendo por responsabilidade acompanhar a população residente em uma área de abrangência que comporte de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2006).

Destaca-se que, a implantação do Programa Saúde da Família - PSF visa à reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência por um modelo que priorizasse a atenção centrada na família a partir de uma compreensão

ampliada do processo saúde/doença e tendo suas ações para além das práticas curativas (BRASIL, 2001).

Mendes (1995) enfatiza que esta perspectiva de atendimento visava à operacionalização de um programa que deveria ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade para seu foco de atendimento, ou seja, a partir de uma equipe de Saúde da Família (eSF) que desenvolva seu trabalho em um território de abrangência definido por meio de ações focalizadas na saúde, voltadas às famílias e seu habitat, com ênfase às ações de promoção e prevenção de saúde, sem descuidar do aspecto curativo e das ações de reabilitação; contando com uma equipe de boa resolubilidade e atuando com baixos custos (diretos e indiretos).

Entretanto, destaca-se que no contexto internacional, evidenciava-se no mesmo período, a retrocesso das conquistas sociais, devido à disseminação da plataforma política e econômica neoliberal, que chega ao Brasil com a implantação de medidas de cortes orçamentários significativos dos níveis de proteção social recentemente conquistados.

No campo de melhorias e retrocessos nos direitos, a efetivação dos avanços alcançados pela Constituição Federal de 1988 é interrompida pela implantação do ideário Neoliberal no Brasil nos anos 1990, que traz inúmeras alterações estruturais para a seguridade social brasileira, sendo importante mencionar que a partir desse período se implanta no Brasil, através do governo de Fernando Collor de Mello, o receituário neoliberal, associado ao discurso de modernização e progresso do país, estabelece inúmeras medidas de disciplina fiscal, responsabilizando o Estado pelo controle da dívida pública e a geração de superávit primário, e o socorro aos bancos e aos setores produtivos quando estes se encontrarem em crise, bem como a privatização de empresas e serviços estatais. Ressalta-se que, essas medidas determinam a intervenção do Estado para garantir o bom funcionamento do mercado (COSTA, 2006).

O Consenso de Washington realizado em 1989 impõe inúmeras medidas direcionadas aos países latino-americanos, com a proposta de combate a crise econômica. No Brasil, a implantação da agenda neoliberal confronta as garantias de direitos conquistados em 1988, ou seja, a implantação da agenda neoliberal se consolida em confronto a efetivação das políticas de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Enquanto consequência da adoção do neoliberalismo, evidencia-se uma drástica redução nos gastos sociais e políticas públicas no país, acarretando no desmantelamento da proteção social através de políticas focalizadas, associadas à adoção de estratégias, a exemplo do empreendedorismo que responsabiliza o indivíduo pela sua situação de

vulnerabilidade, desarticulação das redes de serviços sociais, fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista na administração da política pública (PEREIRA, 2016).

A partir dos anos 1990, em alguns municípios brasileiros, a Atenção Primária em Saúde passa a ser administrada por Organizações Sociais pertencentes ao Terceiro Setor, com a falácia de reduzir os custos do Estado e ampliar a qualidade dos serviços oferecidos à população. No entanto, ocorre um gasto maior do Estado com o pagamento das OS, que oferecem serviços menos qualificados e mais sucateados, na maioria dos casos, apresentando uma realidade de maior precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais que atuam nesses serviços e o desvio dos princípios da APS como a longitudinalidade devido à alta rotatividade de profissionais (BRAVO, 2009).

Paralelamente, nos municípios expandem-se os serviços de atenção domiciliar, que preveem o atendimento de pessoas com necessidade de reabilitação, idosos, pacientes crônicos ou em situação pós-cirúrgica no domicílio, com cuidados próximos da família através do suporte de uma equipe multiprofissional de saúde.

As iniciativas privatizantes intensificadas no contexto neoliberal recente, indica ao Estado a possibilidade de garantir apenas serviços básicos voltados para a APS e para a população que não pudesse arcar com as despesas de saúde via mercado. Tal proposta inicial de racionalização de recursos tem sido retomada com força na atualidade, haja vista que o Brasil, a partir dos anos 1990, passa a investir na APS. Nesse período, no país, o termo APS foi substituído por atenção básica, remetendo ainda mais à lógica da reforma, de atendimento básico, serviços mínimos para a população que não tivesse condições de arcar com os custos de um plano de saúde privado.

Evidentemente que, em quase três décadas de existência do Sistema Único de Saúde e a sua proposta de universalidade de acesso representam ganhos significativos de acesso aos serviços de saúde para população no Brasil. Embora apresente dificuldades, a exemplo de problemas como: ineficiência no quadro de funcionários, de medicamentos, equipamentos e poucos recursos, o sistema está aberto para todos que desejem acessá-lo. Neste aspecto, é possível considerar que o SUS trouxe importantes avanços à saúde, os quais podem ser legitimados através dos dados levantados por Santos (2008, p. 02) ao analisar o sistema de saúde brasileiro nos primeiros anos dos anos 2000, enfatiza:

O SUS é sabidamente o maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 95% dos municípios com 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias

cardíacas, 9 milhões de sessões de rádio-quimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, assim como na criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, na extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, na criação e funcionamento dos conselhos de saúde (SANTOS, 2008, p. 02).

Esta conjuntura de avanços e tensões que demarca a inserção e importância do trabalho do/da assistente social na área da saúde. Com o SUS, ampliaram-se as possibilidades deste profissional trabalhar com educação e promoção da saúde, com planejamento/orçamento, gestão, capacitações, regulação, ouvidorias, sistemas de informação, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, controle social entre outras áreas. As possibilidades de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais estão contando com a presença de assistentes sociais, muitas vezes na sua coordenação, na gestão e no planejamento. Mas as demandas espontâneas ou encaminhadas, que se apresentam por meio das unidades básicas, atualmente denominadas Centros de Saúde da Família, também reproduzem as tradicionais demandas da profissão (KRÜGER, 2009).

2. Limites e desafios atuais para a intervenção do Serviço Social na Atenção Básica em Saúde

O Serviço Social tem um longo percurso socio-histórico de intervenção e de relação multiprofissional na área da saúde. Desde a Constituição Federal de 1988, a categoria e entidades de representações tiveram presença significativa nos vários movimentos reivindicatórios da área, bem como nos organismos representativos de interesses dos segmentos sociais organizados (RIBEIRO, 2005). O envolvimento ativo dos assistentes sociais nos debates que culminaram na implantação do SUS, além das particularidades da sua ação, ajudou no seu reconhecimento como profissional da saúde a partir da Resolução nº 218/1997 (BRASIL, 1997).

Diante dos interesses antagônicos em relação à consolidação do SUS a inserção do Assistente Social na Saúde também é contraditória e apresenta diferentes demandas para atuação deste profissional. Segundo Yamamoto (2008), a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção. E é com essa perspectiva que o Assistente Social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalharem “a seleção

socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

Tendo como base as orientações para a atuação do NASF e sendo a integralidade sua principal diretriz, entende-se que é de extrema importância a atuação do assistente social nesse espaço, principalmente ao se compreender a integralidade em seus três sentidos:

[...] (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010b, p. 16).

Levando-se em conta a integralidade, a equipe em Saúde da Família busca compreender o indivíduo e a comunidade numa visão abrangente, que leve em conta o contexto onde estão inseridos. Pressupõe-se portanto, realizar processos de territorialização, de planejamento participativo, de fortalecimento dos espaços de controle social para além da intervenção apenas no processo saúde-doença. A inclusão do assistente social, portanto, é fundamental, na medida em que sua atuação na APS é organizada a partir dos princípios do SUS.

No que concerne o posicionamento do Serviço Social diante das demandas expostas, sabe-se que há uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980.

Para uma atuação condizente com as orientações éticas da profissão e que realmente alcance o cerne da problemática da saúde, é importante o fortalecimento do compromisso com a classe trabalhadora, se faz necessário um posicionamento coerente com princípios pautados pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Contudo, observam-se como limites da prática profissional no campo da Saúde a forte presença da perspectiva conservadora que se manifesta na descrença da Saúde enquanto política pública universal, na necessidade da construção de um saber específico e fragmentado a exemplo da prática médica, na autorepresentação dos assistentes sociais enquanto sanitaristas.

No entanto, estas demandas por acesso aos serviços de saúde, não chegam ao Serviço Social isoladas, mas acompanhadas de outras necessidades sociais. As necessidades trazidas pela população na atenção básica são necessidades de saúde na sua concepção ampliada, envolvendo a educação (procura de vaga em creche), Assistência Social (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, alimentação, vale-transporte), trabalho (desemprego), habitação (falta de moradia) e direitos previdenciários (grande maioria no mercado informal).

Esse conjunto de necessidades em saúde e também necessidades sociais revelam a enorme vulnerabilidade na proteção social em que vive grande parte da população. A grande maioria dos usuários não tem acesso a esses serviços sociais, por desconhecimento desse direito ou porque os serviços descritos nas legislações como direitos, muitas vezes não saíram do papel. Também chegam para ao assistente social demandas de usuários que tem conhecimento da existência do serviço, mas por analfabetismo, carência socioeconômica ou falta de apoio familiar não conseguem acessá-lo.

Nos demais serviços sociais a exigência de vários documentos burocráticos, a falta de técnicos para atendimento, a difícil localização de alguns serviços, a falta de recursos dos programas é considerada uma forma de restrição do acesso da população aos seus direitos, decorrendo daí demandas que retornam para o Serviço Social na Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social, ao inserir-se na equipe multiprofissional na Atenção Básica protagoniza a construção de ações coletivas que ultrapassam as práticas meramente curativas. Nessa direção, estimula a equipe no fortalecimento de ações que visam o alcance da saúde individual e coletiva e às suas determinações, as quais impelem o acesso aos bens e serviços indispensáveis à garantia dos direitos sociais, sobretudo em situações cujos determinantes advêm de condições precárias de vida. Envolve-se, portanto, interdisciplinarmente na resolução dos problemas de saúde através da sua expertise em construir metodologias de ação direcionadas a indivíduos e famílias,

articulando-as ao contexto social ao construir redes e ao estimular a inscrição, na esfera pública, das demandas que devem ser debatidas coletivamente em prol da garantia de direitos.

Atuando com base no Projeto Ético-Político profissional e no projeto da Reforma Sanitária, o assistente social deve atuar de modo a defender a política de saúde das inúmeras tentativas de precarização, promovendo a cidadania, a participação e o controle social. É fundamental destacar, porém, que ainda se faz necessário que o profissional esteja presente de forma mais ampla e qualificada na Atenção Básica, visa dar assistência integral ao paciente, aprimorando técnicas e processos de trabalho que são de fundamental importância para mediação de conflitos entre paciente/família/sociedade.

Neste sentido, as intervenções do Serviço Social Behring & Bochetti (2015), afirmar que em sua peleja para assegurar direitos e universalizar as políticas sociais, as/os assistentes sociais são duramente tensionados com as exigências institucionais (focalização, critérios de elegibilidade, condicionalidades/contrapartidas, redução de benefícios etc.), a fim de impor intransponíveis barreiras e limites à universalização dos direitos.

Neste sentido, o/a profissional de Serviço Social deve desmitificar o significado estrutural da crise do capital e dos mitos que encobrem a persistência da desigualdade e pobreza, e aumento do desemprego e das relações informais de trabalho precarizado ou sem perspectivas de direitos.

A partir do conjunto de necessidades em saúde e necessidades sociais em geral o desafio atual está em responder as demandas imediatas dos usuários, via mediações intersetoriais, buscando sistematizar e dar visibilidade pública a estas demandas, evidenciando-as como pauta nas reuniões das instâncias de controle social, e subsidiando o planejamento das políticas públicas e negociar com os gestores com vistas a garantir o acesso preconizado na Constituição e nos princípios do Código de Ética Profissional.

Numa conjuntura onde se percebe cada vez a política em saúde de contenção de custos, de restrição do acesso com incentivo ao pagamento de serviços privados de saúde e com direção focada para a população pobre e não para a universalidade, é preciso, portanto, que existam profissionais comprometidos com a garantia do acesso aos serviços de direito social.

O Assistente Social na atenção básica contribuiu junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual. Destaca-se também seu papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário

tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento humanizado, acesso aos serviços de média e alta complexidade. Possibilitando o acesso e promoção da cidadania, a inclusão social, modificando a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprimindo necessidades concretas em saúde. Ressalta-se, entretanto, que esta é uma tarefa do conjunto dos trabalhadores da saúde, com os quais o assistente social pode contribuir.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.

_____. **Política social: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília (DF), 2010b.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997.

_____. 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). Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, n. 183, Brasília (DF), 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

Disponível

em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>> . Acesso em: 20 jan. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. -São Paulo: Cortez 2011.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA Ana Elizabete: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: saúde, capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo 3**, p. 03-116. Brasília, CEAD/UnB – CFESS – ABEPSS, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília- DF: 2010.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

COSTA, Lucia Cortes. **Os Impasses do Estado Capitalista** – uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

KRUGER, T. R. **Plano de trabalho do Serviço Social da residência multiprofissional em saúde da família.** Florianópolis: UFSC, 2009.

MENDES, E. V. et al. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez Editora, ano XVIII, n. 55, nov. / fev. 1997.

_____. A centralidade da família na Política de Assistência Social: contribuições para o debate. In: **Revista de Política Pública.** São Luís: EDUFMA, v. 8, n. 1, jan. / jun. 2004.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Saúde e Sociedade.** São Paulo: USP, 2004. v.13, n. 1.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1996.

OLIVEIRA, M. L. **O Serviço social no Brasil:** história de resistência e ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, P. C. **Proteção Social no Capitalismo:** crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

RIBEIRO. S. P. **O Cotidiano Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande.** Katálysis v. 8, n 2 jan/dez. Florianópolis – SC, 2005.

SANTOS, N. R. **Encruzilhada no rumo do SUS:** considerações. [S.l.], 2008. Disponível em: <<<http://www.idisa.org.br/site/download/ENCRUZILHADA.doc>>> Acesso em: 08 fev. 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico–metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** São Paulo: Cortez, 2014.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2.^a Ed. São Paulo: Cortez, 2003.