



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

SUELLEN PRICILA GALVAN

**AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM
MARINGÁ-PR:
DEMANDAS, REQUISIÇÕES E AÇÕES PROFISSIONAIS**

SUELLEN PRICILA GALVAN

**AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM
MARINGÁ-PR:
DEMANDAS, REQUISIÇÕES E AÇÕES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Profa. Dra. Melissa Ferreira Portes.

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

G182a Galvan, Suellen Pricila.
As configurações do trabalho de assistentes sociais na Unidades Básicas de Saúde em Maringá-PR : demandas, requisições e ações profissionais / Suellen Pricila Galvan. - Londrina, 2025.
183 f.

Orientador: Melissa Ferreira Portes.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2025.
Inclui bibliografia.

1. Exercício profissional; - Tese. 2. Demandas; - Tese. 3. Requisições; - Tese. 4. Ações Profissionais. - Tese. I. Ferreira Portes, Melissa. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

SUELLEN PRICILA GALVAN

**AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM
MARINGÁ-PR:
DEMANDAS, REQUISIÇÕES E AÇÕES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Melissa Ferreira Portes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Mabel Mascarenhas Torres
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Claudiana Tavares da Silva Sgorlo
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana - UNILA

Londrina, 02 de julho de 2025.

AGRADECIMENTOS

Depois de muito tempo e de uma inquietude que parecia maior do que eu, decidi voltar a estudar, me “aventurando” no Mestrado — sim, uma aventura digna de quem gosta de emoções fortes! Foi em plena reclusão de um diagnóstico de Covid, quando fui obrigada a parar por alguns dias que eu decidi acelerar, terminei aquele Projeto de Pesquisa que estava há alguns meses me encarando da gaveta...e me inscrevi como aluna regular. Deu certo! Surpreendentemente, uma decisão acertada que me revigorou em vários sentidos, principalmente como profissional.

Os agradecimentos não poderiam faltar, afinal ninguém chega ao final de um mestrado sozinho — e se disser que sim, está omitindo a parte das crises existenciais e dos áudios de desabafo enviados para amigos e familiares. Por isso, faço questão de reconhecer, com toda sinceridade, as contribuições, o apoio e o incentivo recebidos ao longo dessa longa e às vezes tortuosa (mas sempre valiosa) trajetória, construída com o suporte de pessoas essenciais à minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, fonte inesgotável de sabedoria, força e inspiração, que me sustentou em todos os momentos desta caminhada. Sua presença me guiou, fortaleceu e iluminou cada etapa, especialmente nas horas de incerteza e vontade de largar tudo e ir vender artesanato na praia. Reconheço: sem o Seu amparo, esta conquista seria impossível. A Ele, minha eterna gratidão por me conceder a graça, a perseverança e a serenidade (que às vezes faltava, confesso!) necessárias para concluir esta dissertação.

Thiago, meu grande amor e parceiro de todas as horas. Você sempre me apoiou, confiou no meu potencial e acreditou nos meus projetos, mesmo quando eu mesma duvidava. Obrigada por caminhar ao meu lado em todas as decisões e por ser o alicerce que me ajudou a não sucumbir ao cansaço. Sem o seu incentivo e afeto, esse caminho teria sido bem mais espinhoso. Você foi essencial para que eu pudesse superar os desafios e nunca, jamais, desistir. Te amo — e, claro, te devo um jantar caprichado e especial como forma oficial de agradecimento... embora, convenhamos, eu já faça jantares com frequência (rs)!

À minha família, que, de um jeito ou de outro, de perto ou de longe, sempre me incentivou a seguir em frente, cada um oferecendo apoio à sua maneira — fosse com palavras de encorajamento, com aquela clássica pergunta “E o mestrado, como vai?” ou ainda com o acolhimento disfarçado de “Não se preocupe em vir, filha, eu

entendo... você está cheia de prazos!”.

Às amigas de caminhada profissional e pessoal, com quem troquei não só “figurinhas”, mas também angústias, risadas e, claro, aquele famoso “vamos desistir? Não, bora mais um pouco, tá acabando!”. Vocês tornaram este percurso muito mais leve e possível.

Às professoras Claudiana e Mabel, minha gratidão dupla: primeiro, porque com vocês compartilhei, lá no início, a vontade meio louca (e meio lúcida) de entrar no programa de Mestrado, e ambas me incentivaram — com objetividade e sem ilusões, como deve ser; e segundo, porque aceitaram o convite para compor a banca de defesa desta dissertação, fechando esse ciclo com chave de ouro (ou pelo menos de bronze reluzente!).

À minha orientadora, Professora Melissa: minha gratidão gigante! Você acreditou em mim desde o início, aceitou me orientar mesmo sem me conhecer — uma verdadeira aposta no escuro! Acompanhou minha evolução página a página, me acolheu nos momentos de frustração e desânimo, me levantou quando precisei, enxergando meu potencial mesmo quando eu só via prazos apertados e bibliografias intermináveis. Aprendi muito com você e admiro profundamente a profissional referência que é.

Por fim, registro meu sincero agradecimento às assistentes sociais trabalhadoras no SUS que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, disponibilizando seu tempo, compartilhando suas experiências e contribuindo de forma essencial para a construção deste trabalho. Sem a colaboração de cada uma de vocês, a pesquisa não teria sido possível.

GALVAN, Suellen Pricila. **As configurações do trabalho de assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde em Maringá-PR: demandas, requisições e ações profissionais.** 2024. 190 f. Trabalho de conclusão de Curso Pós-graduação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

RESUMO

Esta dissertação teve como objeto de estudo o exercício profissional de assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá-PR, com o objetivo geral de conhecer o trabalho realizado por esses profissionais, considerando as demandas, requisições e ações que compõem o cotidiano na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou como procedimentos metodológicos a revisão bibliográfica, revisão documental e pesquisa de campo, envolvendo entrevistas semiestruturadas com doze assistentes sociais atuantes nas UBS do município. Os resultados evidenciaram um perfil profissional majoritariamente feminino, com formação acadêmica presencial, além de qualificação em nível de pós-graduação, porém, com baixa inserção em programas stricto sensu. As condições de trabalho caracterizaram-se pela estabilidade relativa, mas marcadas por múltiplos vínculos e sobrecarga de tarefas. A análise revelou que as demandas dirigidas às assistentes sociais concentram-se em ações emergenciais, burocráticas e assistencialistas, muitas vezes alheias às atribuições profissionais. A fragilidade do planejamento profissional e a centralidade nas ações individuais, em detrimento das coletivas, foram identificadas como fatores que limitam a natureza socioeducativa da intervenção. Conclui-se que há uma necessidade premente de fortalecimento do planejamento sistemático, da formação continuada e da articulação coletiva, como estratégias para superar a reprodução de ações imediatistas e afirmar o compromisso ético-político da profissão no campo da saúde. A pesquisa representa uma contribuição inédita para a sistematização do trabalho das assistentes sociais na Atenção Primária em Maringá, oferecendo subsídios para o aprimoramento do trabalho profissional e contribuindo para futuras pesquisas na área.

Palavras-Chave: Serviço Social; Exercício Profissional; Unidade Básica de Saúde; demandas, requisições e ações profissionais.

GALVAN, Suellen Pricila. **The work configurations of social workers in Basic Health Units in Maringá-PR: demands, requests and professional actions.** 2024. 190 p. Completion of the Postgraduate Course (Master's in Social Service and Social Policy) - State University of Londrina, Londrina, 2025.

ABSTRACT

This dissertation studied the professional practice of social workers in the Basic Health Units (UBS) of Maringá-PR, with the general objective of understanding the work carried out by these professionals, considering the demands, requests and actions that make up the daily routine in Primary Health Care. The research, of a qualitative nature, used as methodological procedures the bibliographic review, document review and field research, involving semi-structured interviews with twelve social workers working in the UBS of the city. The results showed a professional profile that was predominantly female, with in-person academic training, in addition to postgraduate qualifications, but with low insertion in *stricto sensu* programs. The working conditions were characterized by relative stability, but marked by multiple employment relationships and task overload. The analysis revealed that the demands directed at social workers are concentrated in emergency, bureaucratic and welfare actions, often unrelated to their professional attributions. The weakness of professional planning and the centrality of individual actions, to the detriment of collective ones, were identified as factors that limit the socio-educational nature of the intervention. It is concluded that there is an urgent need to strengthen systematic planning, continuing education and collective articulation, as strategies to overcome the reproduction of short-term actions and affirm the ethical-political commitment of the profession in the health field. The research represents an unprecedented contribution to the systematization of the work of social workers in Primary Care in Maringá, offering subsidies for the improvement of professional work and contributing to future research in the area.

Key-words: Social Service; Professional Practice; Basic Health Unit; demands, requests and professional actions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Revisão documental.....	88
Quadro 02 - Distribuição do território das assistentes sociais conforme UBS e ESF no município de Maringá-PR.....	101
Quadro 03 - Demandas de natureza emergencial assistencial	112
Quadro 04 - Requisições de natureza emergencial assistencial	113
Quadro 05 - Educação, informação e comunicação em saúde.....	118
Quadro 06 - Atividades que não se caracterizam como competência ou atribuição profissional.....	122
Quadro 07 - Ações profissionais	133
Quadro 08 - Instrumentos técnico-operativos e procedimentos	133
Quadro 09 - Planejamento profissional	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APLV	Alergia à proteína do leite de vaca
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CATEA	Clínica de Apoio ao Transtorno do Espectro Autista
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
COPALMES	Comissão Permanente para Análise e Liberação de Medicamentos e Serviços
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EAB	Equipes de Atenção Básica
EaD	Ensino a Distância
EAP	Equipes de Atenção Primária
EMULTI	Equipes Multiprofissionais
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo Técnico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAC	Pronto Atendimento da Criança
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PDFIE	Protocolo de dispensação de fórmulas infantis especiais
PFADEI	Protocolo clínico para dispensação de fórmula alimentar adulto/ dieta enteral industrializada
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REBRACIM	Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENEZIKA	Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas
RIPS	Rede Intersetorial de Proteção Social
RNPAVC	Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral
RNPC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica
RNPCC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer
RNPDC	Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares
RNPDN	Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas
RNPS	Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde
RNPPS	Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde
RNTC	Rede Nacional de Terapia Celular
RT	Residência Terapêutica
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde

RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAFS	Unidades de Apoio à Saúde da Família
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UNESPAR	Universidade Estadual do Paraná
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste
UNICESUMAR	Centro Universitário de Maringá
UNILA	Universidade Federal de Integração Latino-americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIPAR	Universidade Paranaense
UNESPAR	Universidade Estadual do Paraná
UNIMAR	Universidade de Marília
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
2.1	O processo de redemocratização e a conquista da política de Saúde no Brasil nos anos 1980	20
2.2	O marco regulatório da política de Saúde nos anos 1990 e 2000	26
2.2.1	Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990).....	26
2.2.2	Lei n. 8.142/1990	29
2.2.3	Política Nacional de Humanização (PNH).....	31
2.2.4	Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	34
2.2.5	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	36
2.2.5.1	Estratégia Saúde da Família (ESF).....	38
2.2.6	Novo financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) - Portaria GM/MS Nº 3.493/2024.....	39
2.3	As contrarreformas neoliberais e os ataques a política de saúde no Brasil a partir dos anos 90	41
3	A SAÚDE COMO CAMPO SÓCIO OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL NAS UBS EM MARINGÁ-PR	55
3.1	O campo da saúde e o trabalho dos/as assistentes sociais	57
3.1.1	O Serviço Social e sua construção profissional: entre a questão social, a profissionalização e os espaços sócio-ocupacionais	57
3.1.2	O trabalho do/a assistentes social na Política de Saúde na perspectiva do SUS.....	65
3.2	A política de saúde no município de Maringá-Pr e a trajetória profissional do/a assistente social nas UBS	77
3.2.1	A rede de serviços no município de Maringá-Pr.....	77
3.2.2	A trajetória profissional do/a assistente social nas UBS no município de Maringá-Pr	82

4	O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MARINGÁ-PR: DEMANDAS, REQUISIÇÕES E AÇÕES PROFISSIONAIS.....	86
4.1	Percurso metodológico da pesquisa.....	87
4.2	Apresentação e análise dos dados empíricos da pesquisa	92
4.2.1	Dados de identificação das Assistentes Sociais	92
4.2.2	Dados sobre a formação	95
4.2.3	Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s): relações e Condições de Trabalho de Assistentes Sociais	98
4.3	Demandas, requisições e ações profissionais.....	103
4.3.1	Demandas e requisições.....	107
4.3.2	Ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos.....	130
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
	REFERÊNCIAS	156
	APÊNDICE A.....	172
	APÊNDICE B.....	173
	APÊNDICE C.....	176

1 INTRODUÇÃO

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê - Arthur Schopenhauer

Esta dissertação constitui-se do resultado da pesquisa intitulada “As configurações do trabalho de Assistentes Sociais nas Unidades Básicas de Saúde em Maringá-PR: demandas, requisições e ações profissionais”, a qual teve como problema de pesquisa a seguinte questão: de que forma se configura o exercício profissional realizado por assistente social nas Unidades Básicas de Saúde - UBS em Maringá-Pr?

O interesse da pesquisa em tal temática deveu-se às experiências vivenciadas pela autora neste espaço ocupacional de trabalho, iniciadas em Novembro/2012 até a presente data, bem como, as restritas informações disponíveis sobre a inserção e atuação da/o assistente social nas UBS em Maringá, que impediram o conhecimento sobre como se deu o exercício profissional, o que avançou (ou não) até aqui e quais caminhos ainda deveriam ser percorridos para a legitimação da profissão na referida política social.

A pesquisa teve como objeto de estudo o exercício profissional de assistentes sociais nas UBS no município de Maringá - PR, sendo o objetivo geral conhecer o trabalho profissional realizado pelos/as assistentes sociais nas UBS, considerando as demandas, requisições e ações profissionais no referido campo ocupacional.

Os objetivos específicos relacionaram-se a: descrever o modo como a/o assistente social organizava e executava seu trabalho nas UBS; identificar as ações profissionais desenvolvidas nas UBS, descrevendo as demandas e requisições profissionais apresentadas no cotidiano profissional; mapear as respostas profissionais construídas pelas/os assistentes sociais das UBS; e, identificar as condições de trabalho em que se desenvolveu o exercício profissional de assistentes sociais nas UBS.

Com a finalidade de buscar diferentes formas de aproximação ao problema e aos objetivos propostos, a pesquisa foi construída a partir de alguns passos metodológicos, a saber:

- **Revisão Bibliográfica:** consistiu na busca e análise de materiais

acadêmicos, como livros e artigos sobre Serviço Social e Saúde, especialmente após a década de 1990, com foco nas mudanças trazidas pela lei orgânica da saúde;

- **Revisão Documental:** analisou documentos oficiais e normativos relacionados ao Serviço Social e à saúde, como protocolos clínicos, legislações, resoluções e políticas públicas do SUS. Destacaram-se documentos como: Protocolo Complementar de Medicamentos (2022), Protocolo Clínico para dispensação de Dieta Enteral Industrializada (2022), Protocolos de atuação da/o assistente social na Atenção Básica (2024), Código de Ética (1993), Leis Orgânica da Saúde (1990), Redes de Atenção à Saúde - RAS (2020), Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2006) e o Novo Financiamento da Atenção Primária à Saúde (2024), entre outros;
- **Pesquisa de Campo:** após a aprovação do Comitê de Ética da UEL (nº do parecer 6.599.206/2023) e da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semiestruturado com as 12 assistentes sociais que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. O convite foi enviado por e-mail (Apêndice A), com apresentação do estudo, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e roteiro de entrevista (Apêndice C). As entrevistas, realizadas entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024, tiveram a duração entre 60 e 90 minutos, sendo presenciais e individuais.

As entrevistas foram gravadas com autorização, garantindo sigilo e confidencialidade. O roteiro incluiu questões fechadas, para caracterização das participantes, e abertas, para aprofundar os objetivos do estudo.

A dissertação aqui apresentada esteve estruturada em quatro capítulos, a seguir descrito: 1 Introdução; 2 A política de saúde no Brasil; 3 A saúde como campo sócio ocupacional do/a assistente social: características do trabalho profissional nas UBS em Maringá-PR; e, 4 O trabalho profissional do/a assistente social nas Unidades Básicas de Saúde em Maringá-Pr: demandas, requisições e ações profissionais.

O primeiro capítulo tratou de contextualizar o tema da pesquisa, apresentando sua relevância, o objeto, os objetivos, a metodologia da pesquisa, a

justificativa do estudo e uma breve explanação do que foi abordado em cada capítulo do trabalho.

O segundo capítulo desta dissertação buscou contextualizar o caminho longo e complexo que a política de saúde percorreu no Brasil, marcado por disputas ideológicas, avanços institucionais e desafios persistentes. Desde a década de 1980, em meio ao processo de redemocratização, o país testemunhou transformações profundas, impulsionadas pela mobilização social e pela defesa da saúde como um direito universal e dever do Estado. Esse movimento culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, concebido a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Contudo, a trajetória da política de saúde brasileira não se deu sem contradições. Ao mesmo tempo em que importantes marcos legais, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, estabeleceram as bases para um sistema público e participativo, o país também enfrentou o avanço de políticas neoliberais, que promoveram a mercantilização dos serviços e o subfinanciamento crônico do SUS.

Neste sentido, o segundo capítulo se propôs a apresentar, de maneira panorâmica, os principais marcos históricos e legais que moldaram a política de saúde no Brasil desde o final dos anos 1980 até a atualidade. A intenção não foi esgotar as discussões sobre legislações e normativas, mas destacar os processos que revelaram tanto os avanços na consolidação do SUS quanto os obstáculos que ainda comprometiam a efetivação plena do direito à saúde no país.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, ocupa um espaço estratégico na execução das políticas públicas, especialmente no campo da saúde. O trabalho de assistentes sociais nesse setor expressa a complexidade das relações sociais e institucionais que permeiam a implementação do SUS, bem como os desafios impostos pela mercantilização dos serviços e pela precarização das condições de trabalho.

Neste sentido, o terceiro capítulo se propôs a analisar a saúde como um campo sócio ocupacional do/a assistente social, destacando as especificidades do exercício profissional nas UBS do município de Maringá-PR. A partir de uma perspectiva crítica, foi apresentada a trajetória do/a assistente social na política de saúde em Maringá, com ênfase na expansão de sua atuação nas UBS e na rede

municipal de serviços, marcada pela mediação de direitos e pelo enfrentamento das expressões da questão social. Por fim, foi analisado o percurso profissional desenvolvido nesses espaços, evidenciando os desafios, as potencialidades e as estratégias adotadas pelos/as profissionais para consolidar um trabalho comprometido com a defesa dos direitos sociais e a efetivação do SUS como política pública universal e equânime.

O quarto e último capítulo teve como objetivo apresentar e analisar o trabalho profissional desenvolvido por assistentes sociais nas UBS do município de Maringá-PR, focalizando as demandas, requisições e ações que permearam o cotidiano profissional. A partir de uma abordagem metodológica que combinou concepções teóricas e procedimentos empíricos, buscou-se compreender a complexidade da inserção desses profissionais na política pública de saúde.

Inicialmente, foi descrito o percurso metodológico adotado, detalhando os procedimentos utilizados para a coleta e a análise dos dados, com ênfase nas entrevistas realizadas com doze assistentes sociais atuantes nas UBS. Na sequência, foi apresentado o perfil das participantes, contemplando aspectos como gênero, faixa etária, etnia e religião, que contribuíram para contextualizar o perfil das profissionais inseridas na rede municipal de saúde.

Posteriormente, a análise incidiu sobre a formação acadêmica e profissional das assistentes sociais entrevistadas, abordando elementos como o tempo de formação, a natureza das instituições formadoras, a modalidade de ensino e o nível de titulação. Esses dados possibilitaram refletir sobre tendências e desafios relacionados à qualificação profissional e à formação continuada.

Em seguida, foram discutidas as condições de trabalho das assistentes sociais, considerando os vínculos empregatícios, a carga horária, os regimes de contratação, as faixas salariais e a distribuição das profissionais nas UBS e equipes da ESF. A análise dessas variáveis foi fundamental para compreender as configurações do mundo do trabalho e suas implicações no cotidiano profissional.

Por fim, foi realizada uma análise das demandas, requisições e ações que integraram o trabalho profissional das assistentes sociais nas UBS, evidenciando a articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que orientaram o exercício da profissão. A reflexão proposta buscou evidenciar a complexidade do trabalho profissional e os desafios enfrentados na efetivação do direito à saúde e na mediação das expressões da questão social no âmbito do SUS.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A década de 1980 representou um marco crucial para a política de saúde no Brasil, especialmente no contexto do processo de redemocratização e das mobilizações populares em torno da ampliação dos direitos sociais. Esse período foi caracterizado por intensos movimentos sociais, como as Diretas Já, que abriram caminho para reformas importantes e a criação de um sistema de saúde mais inclusivo e universal. Nesse período, a sociedade civil organizada, composta por profissionais da saúde, acadêmicos, movimentos sociais e sindicatos, intensificou sua luta por mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde.

O sistema de saúde, até então vigente, era marcado pela segmentação e exclusão, com serviços de saúde fragmentados e restritos aos trabalhadores formais, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, a saúde era tratada como um benefício vinculado ao trabalho, e não como um direito universal.

Com o marco regulatório da Constituição Federal de 1988, a política de saúde no Brasil avança como direitos de todos, com a criação do SUS. Esse marco foi resultado da articulação política de movimentos sociais, principalmente da Reforma Sanitária Brasileira, que, nos anos 1970 e 1980, impulsionou uma visão ampliada de saúde como direito universal e dever do Estado.

Um momento significativo na década, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que consolidou propostas centrais do movimento sanitarista, como o fortalecimento do setor público, a separação entre saúde e previdência, e a universalização do acesso. Essas demandas culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando as bases para o SUS. Esse avanço, no entanto, foi aprimorado em meio a esforços e disputas ideológicas que ainda impactam a implementação plena do SUS nos dias atuais.

O marco regulatório da política de saúde no Brasil nos anos 1990 e 2000 distribuiu as bases do SUS, promovendo avanços significativos. A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990) define os princípios do SUS, como universalidade, integralidade, descentralização e controle social, garantindo acesso igualitário aos serviços de saúde. Complementando essa estrutura, a Lei n.º 8.142/1990 é

promulgada, trazendo em seu conteúdo a participação social e o financiamento da política de saúde, fortalecendo a democracia na gestão do SUS.

Em 2003 é aprovada a Política Nacional de Humanização (PNH) para qualificar o atendimento e fortalecer as relações entre usuários, trabalhadores e gestores, alinhando-se aos princípios do SUS. Nos anos subsequentes, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), passando à integração entre diferentes níveis de cuidado e promovendo um atendimento mais completo e coordenado. Paralelamente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), moldou a assistência à saúde, consolidando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário na atenção primária, destacando a interdisciplinaridade e a educação continuada dos profissionais. Além disso, o financiamento da Atenção Primária passou por importantes reformulações, culminando na mais recente atualização em abril de 2024.

A política de saúde no Brasil, desde a década de 1990, passou por profundas transformações, refletindo em disputas entre projetos antagônicos: o da Reforma Sanitária, que busca a universalização do direito à saúde; o modelo privatista, pautado pela lógica neoliberal; e, o projeto Sus Possível, que, embora apresentasse como proposta um novo enfoque para otimizar e expandir o alcance do SUS, nada mais é do que uma releitura do projeto privatista, apresentando convergências significativas entre ambos. Esses últimos dois projetos, moldaram os rumos da saúde pública, especialmente com a implementação de políticas neoliberais e *contrarreformas* estatais, iniciadas ainda nos anos 1980 e intensificadas nas décadas seguintes.

No início dos anos 1990, a *contrarreforma* do Estado promovida pelos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso consolidou diretrizes neoliberais, como privatizações, descentralização, focalização de políticas sociais e parcerias público-privadas. Essas medidas enfraqueceram a universalidade e o financiamento do SUS, além de transferirem responsabilidades do Estado para o mercado e para a sociedade civil. Sob a influência do Consenso de Washington, o período foi marcado pela mercantilização de direitos sociais e pela crescente desigualdade no acesso à saúde.

Nos anos 2000, a continuidade da lógica neoliberal era evidente. Durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva, embora houvesse avanços sociais e investimentos em saúde, como o programa “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”, houve também uma intensificação de parcerias público-privadas e

iniciativas que fortaleceram o papel do setor privado no SUS. Medidas como o Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007 demonstram como a execução de atividades não exclusivas do Estado foi delegada a fundações sem fins lucrativos, mantendo uma subordinação ao mercado.

A década de 2010 trouxe novos desafios. A aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como Proposta de Emenda à Constituição - PEC do Teto de Gastos, durante o governo de Michel Temer, limitou por 20 anos o crescimento dos investimentos públicos, incluindo os destinados à saúde. Essa medida agravou o subfinanciamento histórico do SUS, dificultando a expansão e manutenção de serviços essenciais.

O governo Jair Bolsonaro (2019-2022) acentuou esse cenário, com uma abordagem marcada pelo desinvestimento em políticas sociais e pela condução controversa durante a pandemia de COVID-19. A crise sanitária evidenciou as desigualdades históricas do país, com sobrecarga do sistema de saúde, aumento da mortalidade e negligência nas políticas de vacinação e contenção da pandemia.

Em 2023, Lula assume novamente a presidência do Brasil, com um quadro de orçamento limitado e retrocessos acumulados. Frente a este cenário, a nova gestão concentrou esforços para a aprovação de uma PEC, visto que a proposta orçamentária de 2023 não incluía recursos para manter programas essenciais, como a Farmácia Popular. Em resposta, estratégias como o Movimento Nacional pela Vacinação e a retomada de programas históricos, como o Mais Médicos e o Brasil Sorridente, foram avanços, buscando mitigar os impactos das gestões anteriores. No entanto, os esforços ainda não são suficientes para superar o histórico de subfinanciamento da saúde.

Apesar dos inúmeros avanços na política de saúde do final dos anos 80 até a atualidade, é preciso destacar que existem inúmeros desafios para a consolidação do SUS e para o enfrentamento da crescente mercantilização do setor. Embora tenham ocorrido várias iniciativas que revelam o esforço em construir um sistema de saúde mais equitativo e humanizado, também evidenciam limitações, como o subfinanciamento e a fragmentação da política de saúde. Assim, o SUS segue enfrentando o desafio de equilibrar avanços institucionais com demandas crescentes e recursos limitados, mantendo o compromisso com a saúde como direito fundamental.

Por fim, cabe destacar que o objetivo deste capítulo não é fazer um estudo aprofundado sobre as legislações, portarias e demais documentos norteadores da saúde pública no Brasil e sim, apresentá-las de forma sumária, destacando os principais marcos que regulam a política de saúde a partir do final dos anos 1980 até a atualidade.

2.1 O processo de redemocratização e a conquista da política de Saúde no Brasil nos anos 1980

A década de 1980 marcou uma virada na saúde pública brasileira, impulsionada por mobilizações populares, movimentos sociais e pela campanha das Diretas Já, que exigia eleições diretas para presidente. Na época, o Brasil vivia sob uma ditadura militar (desde 1964), e o presidente era escolhido de forma indireta, sem participação popular.

No ano de 1985 ocorreu a eleição indireta de Tancredo Neves que tinha como vice o então senador José Sarney, marcando o término do período ditatorial e o começo oficial do período nomeado como Nova República. Esse novo período político surgiu em meio a um crescente descontentamento popular e pressão por uma redemocratização. Movimentos sociais, sindicais, e a campanha das Diretas Já, pressionaram o regime militar a ceder espaço para uma transição pacífica de poder.

Junto ao término do regime militar,

[...] também desfazem-se algumas de suas estruturas políticas autoritárias. Ainda nesse ano realizam-se eleições diretas para prefeito das capitais; no ano seguinte, o Congresso encarrega-se de criar uma nova constituição que levasse de volta o país à plena democracia (Paiva; Teixeira, 2014, p. 25).

O movimento das Diretas Já, foi uma mobilização popular essencial pela luta das eleições diretas para presidente e fazia parte de um esforço maior por restauração da democracia e ampliação dos direitos civis e sociais, incluindo o direito à saúde. A redemocratização que se seguiu ao Movimento Diretas Já abriu espaço para uma série de reformas sociais e políticas que beneficiaram diretamente a população brasileira.

O clima de efervescência social dos anos 1980 fortaleceu a organização política da classe trabalhadora e a luta por direitos sociais, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (Paiva; Teixeira, 2014, p. 25).

Até 1988 o acesso à saúde no Brasil era extremamente limitado e restrito principalmente àqueles trabalhadores formais, que contribuíam com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS operava em um sistema contributivo, ou seja, apenas trabalhadores formais e seus dependentes tinham acesso aos serviços médicos oferecidos. Esse modelo de assistência, gerou profundas desigualdades no acesso à saúde, pois uma grande parte da população – especialmente trabalhadores informais, desempregados, camponeses – ficou desassistida, pois a cobertura era restrita e segmentada.

O acesso universal à saúde foi uma das principais bandeiras da 8ª Conferência, que debateu três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. Um dos principais avanços instituídos pelos debates desse evento, foi o consenso entre os participantes com relação a oferta de saúde por um sistema público e unificado, separado da previdência, proposta está contida no relatório final do evento. Além disso, a 8ª Conferência realizou a defesa da saúde como direito de cidadania, que posteriormente, seria preconizado pela Constituição Federal de 1988.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram, no plano jurídico, a extensão dos direitos sociais. Dessa forma, a Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, incapazes de universalizar direitos, em função da longa tradição de privatizar a coisa pública. Dentre os seus avanços assegurou a inscrição de um Sistema de Seguridade Social e ampliou o modelo hegemônico de democracia - a democracia representativa -, que apresenta seus limites frente à sua capacidade de representação com a inclusão de novos sujeitos políticos no processo de tomada de decisão. A proposta é fortalecer uma democracia participativa [...] (Bravo, 2024, p. 360).

Neste contexto, a saúde passa a ser discutida sob o prisma da universalidade, integralidade e equidade. Significa dizer que todas as pessoas têm direito ao acesso aos serviços de saúde, bem como, que os recursos e serviços de saúde devem ser distribuídos de maneira justa e de acordo com as necessidades de cada pessoa. De acordo com Merhy e Cecílio (2003), a integralidade está relacionada a uma visão completa do indivíduo, que garanta “desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança [...] (p. 01).

Esse conceito de saúde de forma ampliada, buscou superar a visão biomédica e hospitalocêntrica, fundamentando a construção de um sistema unificado de saúde, inspirado no princípio da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Neste sentido, as propostas da 8ª Conferência pressupunham a possibilidade de o Estado atuar como o principal agente de transformação social, incluindo o setor da saúde (Paiva; Teixeira, 2014).

No final dos anos 80, como fruto dos movimentos sociais da época e o processo de redemocratização do país, ocorreu a aprovação da Constituição Federal de 1988, um dos principais marcos da Nova República. A referida lei, ficou conhecida como a "Constituição Cidadã" devido ao seu caráter inclusivo e comprometido com a ampliação dos direitos fundamentais. Em seus artigos, garantiu direitos políticos mais amplos, restabeleceu eleições diretas, reforçou as liberdades civis e individuais, apresentando a inovação dos direitos sociais, dentre eles, avanços relacionados à saúde pública brasileira, a iniciar pelo conceito, que passa a definir a saúde como

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, art. 196).

Um dos principais legados da Constituição foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que universalizou o acesso à saúde, tornando-o um direito de todos e um dever do Estado, superando a lógica excludente que prevaleceu até então.

O artigo 198 da Constituição Federal, regulamenta o funcionamento do SUS e garante que as políticas de saúde públicas sejam coordenadas em diferentes níveis de governo, promovendo como princípios fundamentais a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, estabelecendo um marco na

garantia do direito à saúde no Brasil e promovendo uma visão ampla e integrada da saúde pública. Ao estabelecer o SUS e definir seus princípios, diretrizes e fontes de financiamento, buscava-se fortalecer a estrutura e a gestão da saúde no país, com vistas à garantia da universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A base estratégica do SUS está fortemente ancorada no Estado Democrático de direito, sendo este o alicerce que garante a implementação de políticas públicas inclusivas e a proteção dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde.

[...] Como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2010, p. 19).

O SUS evidencia como a saúde foi consagrada como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, conforme estipulado na Constituição Federal de 1988. A Constituição Cidadã inova em seu conceito de proteção social, ao incluir a previdência, a saúde e a assistência social como partes da seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência (Teixeira, 2009).

A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental (p. 746).

O texto da constituinte e o SUS, inovam e avançam em vários aspectos com relação a saúde pública no Brasil, dentre eles, podemos destacar conforme Teixeira (1989):

- O direito à saúde passou a ser universal, com o Estado responsável por garantir esse direito, eliminando as discriminações entre segurados e não segurados, e entre a população rural e urbana;
- Um sistema unificado de saúde foi constituído, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e com

atendimento integral, garantindo também a participação e controle social;

- A participação do setor privado no sistema de saúde deve ser complementar, com prioridade para entidades filantrópicas;
- Gestão compartilhada de negociação e pactuação entre os entes governamentais, envolvidos em um sistema de saúde descentralizado;
- As ações e serviços de saúde foram reconhecidos como de relevância pública, cabendo ao poder público a tarefa de regulamentar, fiscalizar e controlar esses serviços.

Todos os preceitos relacionados à saúde pública, instituídos pela Constituinte de 88 e garantidos pelo SUS, perpassam os ideais do movimento sanitarista que se iniciou no Brasil nos anos 70.

A Reforma Sanitária brasileira foi um movimento social e político que emergiu no contexto histórico dos anos 1970 e 1980, em um Brasil marcado pela ditadura militar e pelo crescente descontentamento em relação às desigualdades e à falta de acesso aos serviços básicos de saúde. De acordo com Teixeira (2009), “a construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social” (p. 744).

A Reforma Sanitária representou um movimento crucial de repensar as políticas públicas, lutando pela democratização da saúde e pela construção de um sistema universal e igualitário. Conforme Teixeira (2009), a luta pela saúde no Brasil foi também uma luta pela cidadania, articulada com o processo de redemocratização do país e a defesa dos direitos sociais.

O projeto de reforma sanitária propõe uma nova forma de relação entre o Estado e a sociedade, promovendo a participação de novos atores sociais na definição da política de saúde por meio de mecanismos de controle social, como os conselhos e as conferências (Bravo, 2024).

O movimento sanitário dá ênfase ao amplo conceito à saúde, ultrapassando a visão meramente biológica e compreendendo o ser na sua integralidade, os determinantes e condicionantes como trabalho, habitação, saneamento, alimentação, entre outros, os quais influenciam diretamente no processo saúde-doença, portanto,

Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o

contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença (CFESS, 2010, p. 40).

A redefinição de saúde é observada tanto nas bandeiras de defesa da saúde na Reforma Sanitária como no SUS, “abordando-a de forma abrangente, pois concebe a saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, ou seja, saúde a partir das desigualdades sociais e como melhores condições de vida e trabalho” (Bravo, p. 359, 2024). Portanto, pensar na saúde neste conceito ampliado, está indissociado das determinações sociais do processo saúde-doença, que superam a visão de saúde partindo de um conceito unilateral e restrito a aspectos biomédicos.

O conceito de saúde, sob a ótica das determinações sociais, enfatiza que a saúde de uma pessoa não é definida apenas por fatores biológicos ou genéticos, mas também por uma série de influências sociais, econômicas, culturais e ambientais. Desta forma, a saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida e trabalho, das relações sociais, do acesso a serviços de saúde, da distribuição de renda, entre outros fatores que extrapolam o ser individual e sua biologia.

Partindo da análise da determinação social, é possível compreender a saúde como manifestação das expressões da questão social, anunciada pelas desigualdades sociais que compreendem as relações precárias de trabalho, o desemprego, a ausência de saneamento básico, de água, de moradia digna, entre outras (Silva; Souza, 2024).

De modo geral, a política de saúde no Brasil nos anos 1980 presenciou diversos avanços: a Constituição Federal de 1988, o SUS e o movimento da Reforma Sanitária representam a continuidade e a realização dos ideais sanitaristas. A Reforma Sanitária não só influenciou diretamente o texto constitucional como também guiou a formulação das políticas públicas de saúde no Brasil, transformando a saúde em um direito de todos e um dever do Estado, ofertada através do SUS. Essa conquista histórica foi resultado de uma luta coletiva por um país mais democrático e inclusivo, em que a saúde se tornou um elemento central na construção da cidadania plena.

Embora a Constituição e o SUS tenham representado conquistas históricas para a saúde pública no Brasil, a implementação desses ideais enfrentou e ainda enfrenta desafios significativos. Teixeira (2009) argumenta que, mesmo com a

institucionalização das conquistas da Reforma Sanitária, há um constante embate entre os ideais do movimento sanitarista (o "instituinte") e as barreiras estruturais e políticas encontradas na prática (o "instituído"). O subfinanciamento crônico do SUS, as disparidades regionais e as tensões entre o público e o privado são alguns dos obstáculos que limitam a plena realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No próximo tópico, será abordado o cenário da política social de saúde no Brasil ao longo dos anos 1990, com foco em seu marco regulatório.

2.2 O marco regulatório da política de Saúde nos anos 1990 e 2000

2.2.1 Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990)

A Lei Orgânica da Saúde é um marco essencial para a saúde no Brasil, pois regulamenta o SUS e define os princípios, diretrizes e organização do sistema público de saúde, bem como o papel das esferas de governo na prestação de serviços de saúde à população.

Um sistema de saúde pública de acesso universal e igualitário, necessita de uma base para o seu funcionamento, regido por princípios e diretrizes que orientam as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Diante disto, a Lei n. 8.080/90, em seu Capítulo II, art. 7º apresenta os seguintes princípios e diretrizes do SUS:

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; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios

para fins idênticos; 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. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017); XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes (Incluído pela Lei nº 14.679, 2023).

Esses princípios e diretrizes norteadores do SUS, visam garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, orientando a gestão e a prestação dos serviços de saúde no país. Ao promover um sistema de saúde universal, integral e participativo, busca-se reduzir desigualdades e garantir acesso igualitário aos serviços de saúde para todos os brasileiros.

Embora tais princípios e diretrizes ainda estejam em constante processo de implementação, é importante mencionar que se apresentam como um grande avanço no trato da saúde pública, sobretudo no que diz respeito à universalidade, prevendo que todos os cidadãos brasileiros, tenham garantido o acesso igualitário e sem discriminação a ações e serviços de saúde; a integralidade, através da oferta de atenção integral à saúde, considerando o ser humano em sua totalidade, incluindo aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais; e a participação da comunidade, contando com a sociedade na formulação, execução e controle da política de saúde, por meio de conselhos de saúde, conferências, entre outros mecanismos de controle social.

Em suma, os principais pontos elencados pela Lei 8.080 são:

- Universalidade do acesso: saúde como um direito de todos os cidadãos, sem discriminação, estabelecendo a universalidade como princípio do SUS, o que antes era restrito a trabalhadores formalmente empregados;
- Integralidade do atendimento: os serviços de saúde devem ser integrados e completos, abrangendo desde ações preventivas até os atendimentos mais complexos. Isso significa que os indivíduos devem receber atenção em todas as suas necessidades de saúde, em todos os níveis de atendimento;
- Descentralização e municipalização: a lei promoveu a descentralização do sistema de saúde, transferindo responsabilidades de gestão e operação para estados e municípios, com o objetivo de tornar o atendimento mais próximo e responsivo às necessidades locais;

- Controle social: instituiu-se a participação da sociedade na gestão da saúde pública, estabelecendo conselhos e conferências de saúde como mecanismos de controle social, onde representantes da comunidade podem participar da formulação e avaliação das políticas de saúde;
- Equidade: determina que a distribuição de serviços e recursos de saúde deve priorizar especialmente as pessoas em situação de vulnerabilidade, oferecendo mais apoio a quem mais necessita e promovendo, assim, a equidade no acesso aos serviços.

Cabe destacar também, que a Lei 8080, ao definir as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, contempla de forma implícita, mas essencial, a necessidade do trabalho interdisciplinar e da educação permanente em saúde.

A integralidade da assistência à saúde, por exemplo, exige a atuação conjunta de diferentes profissionais para atender às necessidades complexas, pressupondo o trabalho em equipe e a troca de conhecimentos entre diferentes áreas, assim como, a participação da comunidade na gestão do SUS, prevista na lei, exige a interação entre profissionais de saúde e a população.

Ao estabelecer os princípios como a integralidade, a participação popular, a descentralização e a hierarquização, como exemplos, cria-se um ambiente propício para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e da educação permanente em saúde, afinal, para que sejam efetivados, é necessário que os profissionais de saúde trabalhem de forma integrada (trabalho interdisciplinar) e estejam em constante processo de atualização (educação continuada e permanente).

Embora não haja um artigo dedicado exclusivamente a esses temas, alguns princípios e diretrizes da lei como mencionados acima, exigem a atuação conjunta de diferentes profissionais e a atualização constante dos conhecimentos.

A Lei Orgânica da Saúde é fundamental para a saúde pública no Brasil, estabelecendo uma estrutura legal robusta e um modelo de assistência universal e gratuito. Ela contribuiu significativamente para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a proteção dos grupos mais vulneráveis. No entanto, os desafios de financiamento, infraestrutura e eficiência no atendimento ainda precisam ser superados para que o SUS funcione plenamente de acordo com os princípios estabelecidos pela Lei 8.080/1990.

2.2.2 Lei n. 8.142/1990

Para a complementação da Lei Orgânica, é promulgada a Lei n. 8142, que apresenta grande relevância ao estabelecer em seu conteúdo, mecanismos fundamentais para a participação da comunidade e para a transferência de recursos financeiros entre os três níveis de governo (União, estados e municípios), portanto, regulamenta dois aspectos essenciais para a política de saúde: o controle social e o financiamento do SUS.

Um dos principais avanços trazidos pela lei foi a garantia da participação da sociedade nas decisões sobre políticas de saúde. A lei instituiu os Conselhos de Saúde em nível nacional, estadual e municipal, e as Conferências de Saúde, que devem ocorrer a cada quatro anos, permitindo que a população e os trabalhadores da saúde participem da formulação e avaliação das políticas públicas.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde (Brasil, 1990).

O art. 1º da Lei n. 8.142 em seus parágrafos 2º e 4º, definem como se dará a organização dos conselhos de saúde, quem deverá fazer parte dele e quais suas principais funções junto a política de saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (Brasil, 1990).

A criação dos Conselhos de Saúde, reforça a democracia participativa na gestão da saúde pública no Brasil, possibilitando que a sociedade tenha um espaço formal para expressar suas necessidades e contribuir com sugestões, criando um sistema mais transparente e responsável.

Outro ponto de destaque trazido pela legislação referenciada, se refere ao repasse de recursos. A lei estabelece critérios para o repasse de verbas do SUS

para os estados e municípios, condicionado entre outras exigências, à existência dos conselhos de saúde, conforme preconizado em seu art. 4º,

Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (Brasil, 1990).

Ao exigir a instituição de conselhos de saúde com composição paritária, conforme os critérios estabelecidos pela legislação, a gestão dos recursos financeiros é vinculada a mecanismos de participação social, promovendo maior transparência e responsabilidade no uso desses recursos.

A participação da sociedade civil por meio dos conselhos e conferências fortalece o controle social, alinhando a organização da gestão pública às necessidades da população.

Assim como na lei orgânica, a Lei nº 8142 fomenta, não explicitamente, mecanismos e princípios que incentivam a prática interdisciplinar no SUS.

A lei garante a participação da comunidade na gestão do SUS, o que exige a interação entre diversos atores sociais, incluindo profissionais de saúde de diferentes áreas, gestores e usuários. Essa participação fomenta o diálogo e a construção conjunta de ações, promovendo a interdisciplinaridade. Também, ao estabelecer as normas para a transferência de recursos financeiros entre os diferentes níveis de governo, exige a articulação entre os gestores e a definição de prioridades comuns. Essa articulação fomenta a troca de experiências e a construção de redes de colaboração, incentivando o trabalho interdisciplinar.

A Lei nº 8.142/1990 desempenha um papel fundamental na construção de uma política de saúde pública mais democrática e transparente no Brasil. Ao promover o controle social e definir normas para o financiamento do SUS, ela fortalece a gestão participativa e o compromisso com as necessidades da população. Apesar dos desafios na prática, a lei permanece essencial para garantir que a sociedade tenha voz ativa na definição das políticas de saúde e que os

recursos sejam distribuídos de maneira responsável e transparente, de acordo com as necessidades locais e regionais.

2.2.3 Política Nacional de Humanização (PNH)

O conceito de humanização começou a ganhar destaque no debate sobre a saúde pública no Brasil a partir do final da década de 1990 (Caitete, 2024). O entendimento sobre o termo humanização se dá pela “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Brasil, 2010, p. 8).

Historicamente, conforme destaca Benevides e Passos (2005), a humanização, precursora da futura PNH, começou a ganhar espaço na agenda política, embora discretamente, a partir da XI Conferência Nacional de Saúde em 2000, com a temática “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Desde então, com a implementação do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), foram promovidas ações focadas na melhoria da qualidade do atendimento aos usuários e, mais tarde, também aos trabalhadores, embora, segundo os autores, a maioria dos gestores tenha dado pouca prioridade a essa iniciativa.

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, foi criada em 2003 como uma estratégia do Ministério da Saúde, que visa qualificar e humanizar o atendimento na saúde, com vistas a efetivar os princípios e diretrizes do SUS.

O objetivo da PNH é promover uma abordagem que valorize a dignidade, a autonomia e o protagonismo dos usuários, trabalhadores e gestores na prestação de serviços de saúde, buscando melhoria na relação entre esses grupos e proporcionando um atendimento mais acolhedor.

A PNH é disposta partindo de princípios; método; diretrizes e dispositivos (Brasil, 2010). Dentre seus princípios, destaca-se a transversalidade. Nesse sentido, a humanização em saúde determinada pela PNH, deve ser compreendida como uma política transversal, pois permeia as diversas ações e instâncias de gestão do SUS, acarretando em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;

- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários;
- Posicionar-se, como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersectorialidade) (Brasil, 2010, p. 17).

A transversalidade da PNH se refere à ideia de que a humanização deve permear todas as áreas, níveis e ações do sistema de saúde. Ao contrário de uma ação isolada, ela atravessa e integra os processos de trabalho, as práticas de atendimento e a gestão dos serviços de saúde, impactando diretamente a relação entre profissionais, gestores e usuários.

O método pode ser compreendido como o modo de desenvolvimento de um determinado processo, sendo que a PNH se orienta no sentido de incluir os diversos atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários) nos processos de produção de saúde (Brasil, 2010). Ao incluir diferentes atores, ocorre a entrada de diversas perspectivas e experiências no processo de tomada de decisão, enriquecendo o debate e a construção de soluções e criando um ambiente propício para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar.

Com relação às diretrizes, elas servem como referências claras para alinhar práticas e objetivos, no sentido de orientar a tomada de decisões, o planejamento e a execução de ações. Na PNH as diretrizes são: “clínica ampliada; co-gestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador - defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; construção da memória do SUS que dá certo” (Brasil, 2010, p.25). De forma intrínseca, a PNH fomenta a educação continuada e permanente, já que as diretrizes da referida política, exigem a qualificação dos trabalhadores para que possam implementá-las na prática.

Por dispositivos entende-se pelas “ações, projetos ou “tecnologias” que visem transformar práticas vigentes na gestão e/ou atenção à saúde” (Caitete, 2024, p. 270). Segundo a PNH, os dispositivos são compreendidos como a renovação das diretrizes, sendo eles:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de "porta aberta"; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Co-Geridos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo (Brasil, 2010, p. 27).

A PNH é fundamental para construir um sistema de saúde mais humano e democrático, onde o foco não é apenas tratar a doença, mas acolher a pessoa em seu território.

A humanização na saúde se concretiza através de ações que promovem a interdisciplinaridade, a educação permanente e a valorização das relações entre os profissionais de saúde e os usuários. Desta forma, a PNH compreende a humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- [...] - Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; [...]
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (Brasil, 2010, p. 18).

Embora a proposta da referida política esteja de encontro com os preceitos do movimento da Reforma Sanitária, em nenhum documento que norteia a PNH encontra-se o resgate do que foi idealizado pelo movimento sanitário

[...] e embora esse conjunto de propostas e iniciativas constituam-se de demandas a muito requeridas por usuários e trabalhadores da saúde, sua vinculação ideológica e prática pode ser facilmente capturada no ideário do "SUS possível", diante do quadro de desmonte de direitos, numa retórica de "fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho" (Caitete, 2024, p. 271).

São inúmeros os desafios para implementação do HumanizaSUS, sobretudo os que se relacionam com a limitação de recursos, que impacta diretamente na qualidade do atendimento e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, prejudicando a aplicação de práticas humanizadas.

2.2.4 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As RAS definida pela portaria de Consolidação n. 3 de 28 de Setembro de 2017, “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2020).

Em outras palavras, as RAS são uma forma de organizar os serviços de saúde, visando garantir a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade de vida da população. Em vez de serviços de saúde isolados, as RAS conectam diferentes pontos de atenção, como Unidades Básicas de Saúde, hospitais, centros de especialidades, entre outros, para oferecer um cuidado mais completo e coordenado.

A portaria n. 3 (2017) divide as RAS em: Redes Temáticas de Atenção à Saúde; Redes de Serviço de Saúde e Redes de Pesquisa em Saúde.

O primeiro tipo de rede, as Temáticas, são estruturas organizacionais que se concentram em um determinado problema de saúde ou grupo populacional específico. Elas visam integrar os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde para oferecer um cuidado mais completo e coordenado. São exemplos destas redes, de acordo com o art. 3º da portaria de consolidação (2017): Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Já as Redes de Serviços de Saúde, integram diferentes serviços de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros, para oferecer uma gama mais ampla de serviços à população. São definidas pelo art. 4º da Portaria n. 3 (2017) sendo compostas pelas: Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; Redes Estaduais de Assistência a Queimados; Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre

Medicamentos (REBRACIM); Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS); Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS); e, Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS).

As Rede de Pesquisa em Saúde, como o nome já indica, são formadas por instituições de pesquisa, universidades, serviços de saúde e outros atores envolvidos em atividades de pesquisa na área da saúde, com vistas ao fortalecimento da produção científica, à inovação e à melhoria da qualidade da assistência à saúde. Conforme o art. 5º as referidas redes são as seguintes: Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS); Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS); Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino; Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC); Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC); Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA).

As RAS têm suas diretrizes definidas pela PNAB, que destaca a importância da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e coordenadora do cuidado. As diretrizes se relacionam à garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde (integralidade); a organização do cuidado de forma contínua e integrada entre os diferentes pontos de atenção (coordenadora do cuidado); a oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada população (equidade); e o atendimento com respeito, dignidade e acolhimento (humanização).

Além disso, as RAS estão intrinsecamente ligadas à promoção do trabalho interdisciplinar e da educação permanente. Ao integrar diferentes profissionais em torno de um objetivo comum, as RAS através das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, das Redes de Serviço de Saúde e das Redes de Pesquisa em Saúde promovem o trabalho interdisciplinar, incentivando a colaboração e a troca de conhecimentos. Também, é possível observar a educação continuada e permanente quando as RAS estimulam a pesquisa e a inovação, contribuindo para o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado.

Portanto, é possível inferir que as Redes de Atenção à Saúde dependem da interdisciplinaridade e da educação continuada e permanente para funcionarem de forma eficiente e eficaz. A interação entre os diferentes profissionais e a atualização

constante dos conhecimentos são essenciais para garantir a integralidade do cuidado, incentivando a construção de redes de atenção à saúde que sejam capazes de fortalecer o SUS e que busquem responder às necessidades de saúde da população de forma integral e equânime.

2.2.5 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A primeira versão da PNAB foi publicada em 2006, consolidando diretrizes e estratégias para a organização da Atenção Básica no Brasil, com foco no fortalecimento das equipes de Estratégia Saúde da Família e na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Esta primeira versão da PNAB apresentou como objetivo,

[...] estabelecer diretrizes organizacionais, tomando em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando este modelo como prioritário na condução da APS (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020, p. 1328).

Ao estabelecer diretrizes baseadas em evidências científicas, a PNAB de 2006 iniciou um importante processo de reestruturação do sistema de saúde, promovendo a integração dos serviços e a qualificação do trabalho em equipe. A referida política abordou de forma abrangente aspectos como: organização dos serviços, processos de trabalho, composição das equipes, atribuições das categorias profissionais e financiamento (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Desde a sua criação, a PNAB passou por revisões e atualizações, sendo uma em 2011 e outra em 2017.

A edição de 2011, mantendo os princípios da versão anterior, flexibiliza a carga horária médica, permitindo jornadas de 20 ou 30 horas semanais para suprir a demanda por esses profissionais nas equipes (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

A edição de 2017, que teve sua revisão iniciada em 2015, foi regulamentada pela portaria n. 2.436 e apresenta em seu art. 1º a aprovação da PNAB,

[...] com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS (Brasil, 2017).

A portaria n. 2.436 trouxe novas diretrizes e reorientações, incluindo a ênfase na integralidade do cuidado, no fortalecimento da relação entre equipes e comunidade e na promoção da saúde.

Essa atualização de 2017, também buscou adequar a PNAB às novas demandas sociais e sanitárias. O art. 5º da portaria n. 2.436, indica que

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (Brasil, 2017).

A atenção básica é considerada a porta de entrada do sistema de saúde e a PNAB busca fortalecer esse nível de atenção, conforme destacado em seu art. 4º “A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (Brasil, 2017)”.

Desta forma, a PNAB enfatiza fortemente a importância do trabalho interdisciplinar, visto que, preconiza a formação de equipes multiprofissionais nas ESF, compostas por profissionais de diferentes áreas de formação. A atuação integrada desses profissionais é essencial para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A PNAB, em diversos artigos, enfatiza a importância da educação continuada para os profissionais de saúde, reconhecendo a necessidade de atualização constante para acompanhar as mudanças no setor e aprimorar a qualidade do atendimento. De forma mais genérica, o art. 7º, trata das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, deixando bem explícito a cada ente federativo a necessidade de educação continuada e permanente,

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, **educação permanente e continuada dos profissionais**, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;
XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a **educação permanente e continuada** nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2017, grifo nosso).

A PNAB estabelece que o Ministério da Saúde deve fomentar a articulação entre as esferas de governo para garantir a oferta de educação permanente aos profissionais da Atenção Básica, considerando as especificidades de cada região (Brasil, 2017, art. 8º).

Tanto o trabalho interdisciplinar como a educação permanente e continuada, são pilares fundamentais para a efetivação da Atenção Básica e para a garantia da integralidade da assistência à saúde.

A PNAB é resultado de um processo histórico de construção do SUS e representa um avanço significativo na organização e na oferta de serviços de saúde no Brasil. Ao consolidar a ESF como o modelo de atenção primária preferencial no Brasil, incentivando sua expansão e qualificação, contribui de forma significativa na melhoria da saúde da população e na redução das desigualdades sociais em saúde.

2.2.5.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica à Saúde e oferecer um cuidado mais integral e humanizado à população. Essa estratégia surgiu para fortalecer o SUS e aproximar os serviços das comunidades, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Em 2006 como uma forma de aperfeiçoamento do PSF, foi instituída a ESF, constituindo-se como “o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil” (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020, p.1328). As ESFs são consideradas a porta de entrada para as RAS, articulando-se com os demais níveis de atenção.

A mudança de nomenclatura de PSF para ESF, tem como objetivo reforçar o caráter estratégico e integrador das ações de saúde realizadas junto às famílias cadastradas no programa.

Diversos documentos normatizam e orientam a implementação e o funcionamento da ESF, dentre eles a PNAB, haja vista que a ESF é uma das principais diretrizes desta política.

A ESF é composta por profissionais de diferentes áreas e sua composição mínima é definida pela PNAB (2017), variando de acordo com a necessidade local. No entanto, há uma estrutura base que deve ser seguida para garantir a

integralidade da atenção, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias, cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

A versão em vigência da PNAB de 2017, que passou por uma revisão iniciada em 2015, foi um processo conturbado, caracterizado por fortes disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as representações das secretarias municipais e estaduais de saúde (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

É provável que os questionamentos à terceira edição da PNAB tenham decorrido também do teor das suas mudanças, as quais vão de encontro às diretrizes vigentes, como o reconhecimento por meio de incentivo financeiro das equipes de Atenção Básica (eAB), o aumento das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a alteração no seu quantitativo (diminuição) na equipes de SF (eSF), além de sua integração com o ACE (Agente de Combate a Endemias) e de padrões diferenciados para as ações e os serviços de saúde (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020, p. 1329).

As mudanças na PNAB de 2017 geraram um debate intenso e controverso, com mudanças significativas para a organização e o funcionamento da Atenção Básica. No entanto, a terceira edição da PNAB, isoladamente, não conseguiu promover mudanças substanciais na composição das equipes de Saúde da Família e na expansão de equipes com diversidade profissional (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Embora as normativas que se referem a Atenção Básica, reconheçam outras estratégias de organização da saúde nos territórios, a ESF é considerada o principal modelo para fortalecer e qualificar este nível de atenção (Brasil, 2017). A Estratégia Saúde da Família representa um avanço importante na organização da Atenção Básica no Brasil, buscando oferecer um cuidado mais integral e humanizado, descentralizando a oferta da saúde na Atenção Básica e se aproximando das necessidades da população.

2.2.6 Novo financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) - Portaria GM/MS N° 3.493/2024

O financiamento da APS no Brasil passou por diversas reformulações nos últimos anos, com o objetivo de aprimorar este incentivo, bem como, fortalecer a

ESF, principal porta de entrada do SUS e garantir uma atenção mais integral e equânime à população.

Em linhas gerais, a PNAB determina que o financiamento da APS seja tripartite, com a participação financeira dos três entes federativos, União, Estados e Municípios, sendo que “o percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento” (BRASIL, 2017).

O modelo mais recente de financiamento foi instituído pela Portaria nº 3.493/2024 e trouxe mudanças significativas na forma como os recursos federais são distribuídos para os municípios. Uma das principais mudanças se refere a substituição do modelo “Previne Brasil”, que vigorou desde 2019. O Previne Brasil utilizava uma combinação de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos financeiros para estimular a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no acesso à saúde.

Outra importante mudança instituída pela portaria nº 3.493/2024 se relaciona aos componentes da nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde, que agora é formada por:

- I - Componente fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;
- II - Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
- III - Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti;
- IV - Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
- V - Componente para Atenção à Saúde Bucal; e
- VI - Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS (BRASIL, 2024, p. 1).

O primeiro componente tem como objetivo incentivar o custeio e a criação das ESF, equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes Multiprofissionais (eMulti), sendo que a transferência mensal se baseará “no cumprimento do credenciamento das equipes pelo Ministério da Saúde, cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)¹ das

¹ O SCNES é um sistema de informações oficial do governo brasileiro que centraliza todas as informações sobre os estabelecimentos de saúde em um único sistema, facilitando o acesso a dados como localização, estrutura física, recursos humanos, equipamentos e serviços oferecidos.

equipes pelo ente federativo e ausência de irregularidades que motivem a suspensão de transferências” (BRASIL, 2024, p.3).

O segundo componente de cofinanciamento, diz respeito ao vínculo e acompanhamento territorial, no que tange a estimular a qualificação do cadastro e a reorganização da APS no território. A transferência mensal de recursos se baseia “no quantitativo de pessoas vinculadas à ESF e eAP e acompanhadas pelas ESF, EAP, ESB e eMulti, e do seu enquadramento em classificações” (BRASIL, 2024, p.4), conforme modalidade da ESF (40h/semanais) ou eAP (20 e 30h/semanais).

O componente de qualidade está diretamente ligado ao cumprimento de metas estabelecidas e à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Ele incentiva boas práticas e melhores resultados, tendo alguns importantes indicadores, como exemplo, Saúde da mulher, gestante e puérpera, Saúde bucal, Equipes multiprofissionais, entre outros (BRASIL, 2024).

O quarto componente se relaciona a implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes, tendo como objetivo auxiliar o processo de trabalho relacionado ao cuidado na APS, sendo que o repasse mensal está “baseado no funcionamento e o financiamento dos respectivos programas, serviços, profissionais e equipes” (BRASIL, 2024, p.6).

O quinto componente de cofinanciamento federal, se refere ao incentivo de ações de saúde bucal no território e, o sexto e último componente se baseia no repasse de um valor fixo para apoiar o custeio das ações da APS (BRASIL, 2024).

Vale destacar que a implementação do novo modelo de financiamento ainda está em curso. Com relação aos indicadores, embora sejam semelhantes ao modelo de cofinanciamento anterior, os mesmos ainda não foram definidos e divulgados pelo Ministério da Saúde e portanto, todos os municípios estão recebendo o mesmo valor mensal.

2.3 As *contrarreformas* neoliberais e os ataques a política de saúde no Brasil a partir dos anos 90

Os anos de 1990 evidenciaram um período de profundas transformações na saúde pública brasileira, marcado pela implementação de políticas neoliberais e pelo início da chamada *contrarreforma* estatal.

A década de 1990 foi marcada por uma profunda reestruturação do Estado brasileiro, impulsionada por fatores internos e externos. Essa *contrarreforma*, marcada por um forte viés neoliberal, resultou na redução do papel do Estado na economia e na sociedade, sendo "possível a partir de algumas condições gerais, que precedem os anos 1990: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país" (Behring; Boschetti, 2017, p. 210).

Apesar do Brasil ter experimentado um período de expansão de direitos sociais após a Constituição de 1988, a chamada '*contrarreforma*', ameaça o processo democrático brasileiro, iniciado em 1988 e em curso até os dias atuais (Behring; Boschetti, 2017).

A natureza dinâmica do capitalismo tem gerado crises recorrentes desde sua consolidação. Como resposta a uma destas crises, assistimos na década de 1990 a consolidação da implementação de políticas neoliberais no Brasil, iniciada com as privatizações do governo Fernando Collor de Mello e aprofundada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso.

As políticas neoliberais não datam dos anos 1990. Elas foram iniciadas no país no final dos anos 1980, "[...] tendo como uma de suas marcas a influência tecnológica relacionada aos avanços científicos, que atua de modo globalizado por meio das fusões e aquisições de grandes empresas estrangeiras" (Wilsing, 2022, p. 59).

Conforme Behring e Boschetti (2017) os principais argumentos a favor das privatizações foram:

[...] atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado (p. 211).

A ideia é diminuir a intervenção do Estado na economia, privatizando as empresas estatais, objetivando tornar o Estado mais eficiente, com processos mais ágeis e menos burocráticos. No entanto, as promessas do neoliberalismo, muitas vezes não se concretizaram da forma como foram apresentadas. As privatizações, em particular, contribuíram para o aumento das desigualdades, a precarização do trabalho e a fragilização do Estado.

O ápice da ofensiva neoliberal no país teve seu marco na década de 1990 com a instauração do Plano Real, início do período de reestruturação do Estado brasileiro para servir aos interesses do mercado (Behring; Boschetti, 2017). Este período “inaugura” a chamada *contrarreforma*, refletindo a resistência às conquistas democráticas e se manifestando por meio de um conjunto de políticas orientadas para o setor econômico.

Revelou-se, sem surpresas, a natureza pragmática, imediatista, submissa e antipopular das classes dominantes brasileiras. E foram medidas que, em alguns setores, fizeram com que o país evoluísse de forma inercial e, em outros, o fizeram permanecer no mesmo lugar ou até mesmo andar para trás [...] (Behring; Boschetti, 2017, p. 210).

As reformas liberalizantes implementadas a partir dos anos 1990, com a abertura para o capital estrangeiro e as privatizações, promoveram uma profunda reestruturação do setor produtivo brasileiro, que resultou em uma concentração inédita do capital (Wilsing, 2022). Durante o governo FHC, as medidas de *contrarreforma* foram intensificadas, com destaque para privatizações e mudanças na previdência, alinhadas à visão de Estado mínimo.

O neoliberalismo foi implantado com o objetivo de possibilitar maior crescimento da economia capitalista, visando deter a inflação e assegurar a recuperação do lucro, tendo como um dos principais objetivos angariar fundos para investimentos privados pela via da privatização do Estado, que, por sua vez, atende aos interesses da burguesia monopolista [...] (Wilsing, 2022, p. 60).

A *contrarreforma* neoliberal, portanto, é descrita como uma resposta contra-revolucionária e conservadora, que se contrapõe ao modelo reformista e redistributivo de décadas anteriores, impactando negativamente o financiamento e a universalidade das políticas sociais.

O período do Governo FHC, que compreendeu dois mandatos consecutivos (1995-2003), caracteriza-se por uma “perspectiva reformista com base nos princípios do modelo político neoliberal, tendo como defesa a privatização do Estado e apoiando também a eliminação da restrição ao capital estrangeiro no Brasil” (Wilsing, 2022, p. 79).

Outro ponto importante a ser considerado neste contexto é o Consenso de Washington, que emergiu no final dos anos 1980 e início dos 1990. O Consenso de

Washington foi um conjunto de diretrizes econômicas elaboradas por economistas, instituições financeiras internacionais e órgãos governamentais sediados em Washington, concebidas como recomendações para promover reformas econômicas em países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, que enfrentavam crises econômicas severas. Nas palavras de Wilsing, o referido Consenso

[...] atuou pautado nos princípios políticos neoliberais com medidas para ajustar o mercado, sendo consideradas como propostas que fortaleceriam ainda mais a entrada do neoliberalismo nos países em desenvolvimento. Entre algumas das dez regras previstas no Consenso de Washington implementadas no Brasil podemos destacar o reforço das medidas de privatização das empresas de gestão pública, a redução dos gastos públicos e a abertura comercial para o investimento do capital financeiro (2022, p. 80).

Alinhadas à *contrarreforma* do Estado, as propostas do Consenso de Washington intensificaram a desigualdade social, promovendo políticas de austeridade fiscal e privatizações que concentraram renda e enfraqueceram os serviços públicos. Esse conjunto de medidas moldou profundamente as políticas econômicas globais da década de 1990, influenciando governos e instituições financeiras internacionais a adotarem reformas neoliberais.

A ideologia neoliberal, dominante nesse período, reconfigurou a política social, que sofreu um processo de desconstrução, com a redução de direitos e a transferência de responsabilidades para a sociedade civil (Behring; Boschetti, 2017).

A essa nova arquitetura institucional na área social — sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade — se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não-remunerado (Behring; Boschetti, 2017, p. 210).

A proposta fundamental para 'corrigir' as supostas falhas do Estado é transferir para o setor privado as atividades que, segundo essa visão, podem ser reguladas pelo mercado (Noronha; Soares, 2001). De forma aparentemente contraditória, o Estado transfere à sociedade civil — representada pelas Organizações da Sociedade Civil (OSC), ou seja, pelo terceiro setor — a responsabilidade pela oferta de serviços públicos, ao mesmo tempo em que os financia.

Ao defender a redução do Estado e a privatização de setores estratégicos, o neoliberalismo promove uma profunda transformação do papel do Estado na sociedade, subordinando-o aos interesses do mercado. Além disto, a *contrarreforma* do Estado, ao destituir direitos trabalhistas, contribuiu para a eliminação de empregos, a flexibilização das relações de trabalho e o enfraquecimento dos sindicatos (Wilsing, 2022).

Neste sentido, apesar dos avanços da Seguridade Social assegurados pela Constituição Federal de 1988, é inegável o fato de que a implementação de políticas neoliberais limitou o alcance desses direitos, evidenciando a tensão entre os princípios constitucionais e as demandas do mercado. “Mais uma vez, ocorre o fortalecimento de um Estado que atende aos interesses do mercado, tornando inviável acreditar numa sociedade livre e para todos quando é regida pela lógica de mercado” (Wilsing, 2022, p. 64).

Desde os anos 1990, assistimos a esta *contrarreforma* que tem minado as conquistas de 1988, afetando diretamente a política social de saúde.

As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (Behring; Boschetti, 2017, p. 216).

O governo do presidente FHC, durante a década de 1990, destacou-se na área da Política de Saúde pela implementação da Reforma do Estado e pela condução do ajuste macroeconômico. Este último buscava estabilizar a economia brasileira frente à hiperinflação, ao alto endividamento e aos desequilíbrios fiscais, por meio de medidas como controle fiscal, estabilização monetária e liberalização econômica. Ambos os projetos, de natureza econômica, estavam alinhados aos princípios do modelo político neoliberal, orientando as ações governamentais para a redução do papel do Estado e a priorização de interesses de mercado. Essas iniciativas impactaram a implementação do Sistema Único de Saúde, promovendo uma flexibilização dos ideais defendidos pelo movimento sanitário em favor dos interesses de mercado (Wilsing, 2022).

A política de ajuste fiscal, ao incentivar a mercantilização dos serviços de saúde, tem promovido a descentralização das responsabilidades, a racionalização dos gastos e a redução do papel do Estado na provisão de serviços de saúde, o que

tem levado à fragmentação da assistência e à diminuição da qualidade dos serviços. “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (Bravo, 2024, p. 219).

Sob a égide da reforma do Estado, as parcerias público-privadas foram propostas como solução para diminuir a intervenção estatal. Esse processo envolveu um tripé de reformas – privatização, publicização e terceirização – com o objetivo de introduzir a lógica empresarial na gestão pública (Wilsing, 2022).

A insuficiência ou ausência de investimento na saúde pública, sobretudo, por parte do Governo Federal, fortalece a política de ajuste fiscal iniciada nos anos 90, perpetuando até os dias atuais. A emenda constitucional n. 29, promulgada nos anos 2000, que fixa percentuais mínimos para gastos em saúde pelos entes federados (União, Estados e Municípios), é um exemplo disto. Ao contrário do que se esperava, a referida EC intensificou o subfinanciamento do SUS no país,

[...] sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetra mais uma “reengenharia”, reduzindo sua obrigação e repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde (Noronha; Soares, 2001, p. 449).

A política de ajuste, sob a influência do neoliberalismo, promoveu uma reconfiguração do Estado e das políticas sociais, impactando profundamente o setor da saúde. As reformas propostas nesse contexto privilegiaram a focalização de recursos em grupos específicos, a expansão da privatização e dos seguros privados, a descentralização dos serviços e a flexibilização das fontes de financiamento (Bravo, 2024).

Paradoxalmente, mesmo com a garantia constitucional do direito à saúde, a década de 1990 foi marcada por um desmonte da política de saúde, com cortes orçamentários, deterioração dos serviços e aumento da vulnerabilidade da população (Bravo (2024).

De acordo com Paiva e Teixeira,

Observa-se por exemplo, a restrição do acesso universal, que conflita entre os princípios e/ou diretrizes da política de saúde que deveria ser para todos. A justificativa de ausência suficiente de recursos para atender a população na sua totalidade, impera a seletividade nesta política, justificada pelo

princípio da equidade, que define quem será mais ou menos beneficiado a partir de uma análise da condição socioeconômica (2014, p. 26).

Historicamente a saúde pública no Brasil foi construída em um campo de tensões e disputas de interesses diversos, marcado pelo binômio privatização e defesa da saúde como política social. Este embate ideológico se materializou através do Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988; e, do projeto privatista, articulado ao mercado na segunda metade da década de 1990 (Bravo, 2024).

Segundo Bravo (2024), neste cenário de mudanças e crises que desde os anos 70 perdura, destacam-se dois projetos societários antagônicos:

[...] o da sociedade articulada sobre uma **democracia restrita** que diminui os direitos sociais e políticos e o de uma sociedade fundada na **democracia de massas** com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais. Considera-se que esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, destaca-se o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (Bravo, p. 218).

As diferenças entre estes projetos estão diretamente relacionadas às concepções sobre o papel do Estado na saúde, a garantia de direitos sociais e o modelo de gestão adotado. De acordo com Bravo (*apud* Bravo, 2024) a discussão sobre a saúde perpassou estes dois movimentos opostos, sendo um, em defesa da privatização da saúde, conduzido pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas e o outro que apoiava a saúde pública via preceitos da Reforma Sanitária, intitulado de Plenária Nacional da Saúde.

O projeto da Reforma Sanitária no Brasil, já mencionado no tópico 2.1 deste trabalho, é uma proposta política e social que busca a construção de um sistema de saúde público, universal e integral, fundamentado na saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ele surgiu a partir das mobilizações populares e da articulação de movimentos sociais, acadêmicos e profissionais da saúde durante os anos 1970 e 1980, em oposição ao modelo excludente que predominava no período da ditadura militar. Esse projeto deu origem ao SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e tem como base os princípios da equidade, universalidade, integralidade, participação social e descentralização.

O projeto privatista, por sua vez, reflete uma visão de saúde como um bem de consumo, regido pela lógica de mercado. Ele propõe que o papel do Estado seja limitado, enfatizando a participação do setor privado como principal provedor de serviços de saúde, com foco na eficiência econômica e na competitividade.

Em síntese, os dois projetos antagônicas apresentam as seguintes diferenças:

PROJETOS EM DISPUTA		
ITENS	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
BASE	• Estado democrático de direito	• Estado Mínimo
PREMISSAS	• Saúde: Direito social e dever do Estado	• Parcerias e privatização
TEMAS	• Ampliação das conquistas sociais • Democratização do acesso • Déficit social • Financiamento efetivo	• Crise financeira • Dicotomia entre universalização e focalização • Diminuição dos Gastos Sociais • Déficit Público
ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	• Descentralização com controle social	• Refilantropização

Fonte: Bravo, 2024, p.220.

O projeto da Reforma Sanitária reconhece a saúde como um direito inalienável, como direito de todos e dever do Estado, enquanto o projeto privatista prioriza a eficiência econômica e trata a saúde como um serviço ou produto disponível apenas para quem pode arcar com os custos. Enquanto o projeto da Reforma Sanitária promove a ampliação do SUS, o projeto privatista enfraquece o sistema público, incentivando a privatização e a segmentação dos serviços.

O projeto privatista,

[...] tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. Como estratégias da proposição privatista destaca-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise como também, a refilantropização, ou seja, utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais (Bravo, 2024, p. 219).

A primazia da política econômica neoliberal, desde os anos 90, tem fragilizado a garantia dos direitos sociais no Brasil. A reforma do Estado, nesse contexto, tem reconfigurado as políticas sociais para atender aos interesses do

mercado, como demonstra a expansão da saúde complementar, que se refere à atuação de empresas privadas na área da saúde pública, ou seja, no âmbito do SUS.

Neste sentido também destaca-se a expansão da saúde suplementar, que opera através de um conjunto de serviços oferecidos por planos e seguros privados de saúde. Esses planos são contratados de forma individual ou por empresas, e atuam como “complemento” aos serviços oferecidos pelo SUS. Diante desse crescimento, o governo instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos anos 2000, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços oferecidos pelos planos de saúde e proteger os direitos dos consumidores.

Enquanto a década de 1980 foi marcada pela construção de um consenso em torno dos princípios do SUS, a década de 1990 foi marcada por tensões entre a efetivação desses princípios e a ascensão do neoliberalismo, que defendia um Estado com menor intervenção na economia e na vida social.

Os anos 2000 não apresentaram caminhos menos tortuosos no que tange a política de saúde. O Governo do presidente Lula seguiu a mesma lógica voltada para o mercado. As críticas apontam que o governo manteve aspectos que priorizavam uma lógica voltada ao mercado, como o estímulo às parcerias público-privadas (PPPs) e a presença significativa de interesses privados no sistema de saúde, sobretudo em serviços de média e alta complexidade. Essa dualidade reflete um modelo que buscava combinar o fortalecimento do SUS com medidas que não necessariamente rompem com as dinâmicas do mercado.

Um das marcas do governo Lula foi a aprovação do Projeto de Lei Complementar n. 92/2007, que, conforme prevê a legislação que a instituiu, estabelece que fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado possa realizar atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas áreas das políticas setoriais, incluindo as políticas de proteção social, dando continuidade à lógica de governo que legitimou o modelo político neoliberal. Com isso, todas as atividades exclusivas ou não do Estado passaram a ser legitimadas e ter sua execução pautada nesse Projeto de Lei Complementar, com investimento de instituições financeiras internacionais (Wilsing, 2022, p.106).

Os anos 2000, além de serem marcados pela disputa entre diferentes projetos de saúde - Reforma Sanitária e Privatista -, testemunharam o surgimento do Projeto SUS Possível, uma nova abordagem que busca otimizar e expandir o alcance do SUS.

O projeto *SUS possível*, defendido pelas lideranças que, diante dos limites da política econômica, objetivam uma flexibilização dos princípios da reforma sanitária, mas classificam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta (Soares, 2012, p. 93).

Embora o governo Lula tenha inicialmente sinalizado um maior alinhamento com o Projeto da Reforma Sanitária, a bandeira de defesa do SUS Possível, acabou por gerar um debate favorável à iniciativa privada na saúde. Essa discussão, aproxima o SUS Possível do projeto privatista, evidenciando que os dois projetos praticamente compõem uma mesma unidade de diálogo (Soares, 2012).

Uma iniciativa de destaque do governo Lula foi a aprovação do Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007, que estabelecia que fundações sem fins lucrativos, vinculadas à administração pública indireta e com natureza jurídica de direito público ou privado, pudessem desempenhar atividades estatais que não fossem exclusivas do Estado, abrangendo áreas das políticas setoriais, incluindo as de proteção social. Essa medida reforçou a lógica de governança alinhada ao modelo político neoliberal, ao viabilizar a legitimação e execução de atividades exclusivas ou não do Estado por meio dessa estrutura, com apoio de investimentos provenientes de instituições financeiras internacionais (Wilsing, 2022).

Para que o Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007 fosse implementado, foi necessária sua articulação com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que em 2007, através do Ministério da Saúde lançou o programa “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011” (Wilsing, 2022). O objetivo deste programa seria fortalecer o SUS, no entanto, reforçou a lógica da *contrarreforma* do Estado iniciada no governo FHC, ao permitir parcerias com entidades privadas e fundações, como as previstas no Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007. O programa foi visto como uma forma de delegar atividades de saúde à entidades privadas, enfraquecendo a execução direta pelo SUS.

Neste sentido é possível concluir que o Governo Lula, assim como os demais, significou

[...] um período de manutenção dos modelos dos governos anteriores pelo fato de não haver rompido com a subordinação ao mercado econômico e que, mesmo considerado um dos governos que mais investiu nas políticas sociais de proteção social, não legitimou o aumento de arrecadação na

fonte, como por exemplo por meio do Produto Interno Bruto (PIB) (Wilsing, 2022, p. 109).

Outro importante fato ocorrido nos anos 2000 foi a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição de 2016, conhecida como PEC do Teto de Gastos, convertida posteriormente em EC nº 95/2016, ocorrida durante o governo de Michel Temer.

A proposta, aprovada em dezembro de 2016, estabelece um novo regime fiscal, que impõe um teto anual para os gastos públicos, corrigido pela inflação, a fim de controlar o crescimento das despesas do governo por um período de 20 anos. Isso significa que os gastos públicos, incluindo áreas como a saúde, não poderiam crescer acima da inflação acumulada, salvo mudanças por meio de novas emendas constitucionais. O Governo justificou que a referida PEC era

[...] a medida é fundamental para garantir o reequilíbrio das contas do país, visto que os gastos públicos vêm crescendo continuamente, em termos reais muito acima do produto interno bruto (PIB). Além disso, os senadores governistas argumentam que o novo regime fiscal permitirá a redução da taxa de juros, criando um ambiente propício à retomada do crescimento econômico (Senado, 2016).

Já os opositores à proposta, argumentaram que a iniciativa iria bloquear os investimentos públicos, intensificando a recessão e afetando especialmente as populações mais vulneráveis ao propor a redução de recursos para setores, incluindo a saúde (Brasil, 2016).

Anteriormente à PEC, o orçamento da saúde era vinculado a um percentual da receita corrente líquida, o que possibilitava um crescimento proporcional ao aumento das receitas. Como regra geral, os investimentos passaram a ser corrigidos apenas pela inflação, o que, na prática, limitou o aumento dos recursos para as políticas sociais, mesmo diante do crescimento populacional e do envelhecimento da população.

Durante o governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), a PEC 95 continuou em vigor e foi tema de debate, especialmente durante a pandemia do COVID-19. A ausência de investimento em políticas sociais como um direito fundamental já era evidente desde o início do governo Bolsonaro, precedendo, portanto, o contexto de um possível período pandêmico.

A pandemia do COVID-19 foi uma das maiores crises sanitárias do Brasil, sobrecarregando os sistemas de saúde, gerando colapso em hospitais em muitas regiões do país. Também causou recessão econômica global, interrupção do fornecimento de suprimentos e aumento das desigualdades sociais. O país vivenciava uma crise econômica,

[...] que busca a mercantilização dos direitos sociais por meio da privatização e do enaltecimento do lucro do capital em detrimento da vida das pessoas, sendo que mais uma vez vivenciamos a transformação dos direitos sociais em mercadorias (Wilsing, 2022, p. 114).

O período da pandemia intensificou ainda mais problemáticas que estavam longe de serem superadas, sobretudo no que tange a política de saúde. O Brasil vivenciou a sobrecarga do sistema de saúde; aumento da mortalidade; sequelas da doença; atraso nos tratamentos e demora em iniciar medidas de contenção como a vacinação, compreendida por muitos como a única possibilidade de redução da mortalidade e dos sintomas severos do vírus.

Além disso, a pandemia foi um período de recessão econômica, com o fechamento de muitas empresas, sobretudo as de menor porte, levando à perda de empregos e à informalização do trabalho. A gestão da pandemia pelo governo federal foi marcada por diversas controvérsias, como a demora na tomada de medidas de contenção, a negação da gravidade da situação e a defesa de tratamentos ineficazes.

A pandemia evidenciou como as desigualdades sociais são um fator determinante na vulnerabilidade da população brasileira frente a crises, aprofundando as disparidades de acesso a recursos e oportunidades.

A pandemia de Covid-19 acentuou a desigualdade em um país desigual, que não assegura condições mínimas de sobrevivência à população, pois as condições de vida da classe trabalhadora a tornam mais suscetível à contaminação por coronavírus, legitimando a ausência de um sistema de proteção social estruturado para a classe trabalhadora, que foi vivenciando os impactos da pandemia em seu cotidiano por meio das perdas que retiravam as condições básicas de sobrevivência, isto é, trabalho, moradia, alimentação, tendo o país voltado a apresentar as marcas de uma população que passa fome (Wilsing, 2022, p. 118).

Ao término do mandato de Bolsonaro em 2022, a equipe de transição do governo Lula, eleito novamente para o período de 2023-2026, encontrou desafios

relacionados à previsão orçamentária para o ano seguinte, que influenciariam diretamente as políticas sociais em andamento.

Quando deixou o governo, o ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) deixou também uma proposta orçamentária que reduzia os investimentos em saúde em R\$ 22,7 bilhões de reais para este ano. O tombo potencializava o esgotamento da área, que já era realidade desde que Michel Temer (MDB) instituiu o **teto de gastos**, em 2016 (Lacerda, 2023, par. 2).

Frente a este cenário, a nova gestão concentrou esforços para a aprovação de uma PEC, visto que a proposta orçamentária de 2023 não incluía recursos para manter, por exemplo, o valor do Auxílio Brasil em R\$ 600,00 e o Programa Farmácia Popular (Henrique, 2022). Com a aprovação da PEC da transição, o governo conseguiu destinar R\$ 145 bilhões para programas sociais como o Bolsa Família, o Auxílio Gás e o Farmácia Popular, buscando mitigar os impactos da crise social e econômica (Lacerda, 2023).

Outro fator importante, reflexo do desgoverno de Bolsonaro, foi refletido nos dados preocupantes sobre a cobertura vacinal divulgados no início de 2023.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a taxa de imunização despencou de mais de 90% para cerca de 70%. O resultado colocou o país entre as dez nações com menor cobertura vacinal do mundo (Lacerda, 2023, par. 8).

Diante do alarmante declínio da vacinação, o governo iniciou em fevereiro de 2023 o Movimento Nacional pela Vacinação para combater a desinformação e reconstruir as campanhas de imunização, alterando o cenário "reforçado nos anos anteriores por uma fórmula que reunia negacionismo, falta de campanhas e baixo investimento nas políticas de saúde" (Lacerda, 2023).

Outra estratégia do Ministério da Saúde foi lançar o Programa Saúde com Ciência, que visa combater as chamadas fake news.

O Saúde com Ciência é uma iniciativa interministerial voltada para a promoção e fortalecimento das políticas públicas de saúde e a valorização da ciência. A estratégia prevê ações que visam identificar e compreender o fenômeno da desinformação, promover informações íntegras e responder, de maneira preventiva, aos efeitos negativos das redes de desinformação (Brasil, s.d.).

Para ampliar a cobertura vacinal, o ano de 2023 contou com a intensificação da vacinação nas escolas, ampliação dos horários das salas de imunização e ações das equipes de saúde de busca ativa por não vacinados (Lacerda, 2023), ações estas que continuaram durante o ano de 2024.

O atual governo também reativou alguns programas que foram suspensos e retomou investimentos em áreas negligenciadas pela gestão anterior. Entre eles estão o Mais Médicos, a Farmácia Popular, a Rede Cegonha e o Brasil Sorridente (Lacerda, 2023).

Apesar de alguns aparentes avanços no que tange os investimentos na política de saúde, é possível concluir que esta tímida retomada ainda é insuficiente para compensar as perdas recentes e sobretudo, superar o histórico de subfinanciamento. A saúde, direito fundamental de todos os brasileiros, vem sendo cada vez mais tratada como uma mercadoria. A crescente mercantilização do setor, que se intensificou nas últimas décadas, representa uma grave ameaça ao SUS. A priorização do lucro em detrimento do bem-estar da população, fragiliza a universalidade e a equidade do sistema, aprofundando as desigualdades sociais no acesso à saúde.

O desafio de entender e tratar a saúde como um direito e não uma mercadoria, é um dilema rotineiro no trabalho de Assistentes Sociais que atuam na política pública de saúde.

O capítulo que se segue, discutirá sobre a inserção deste profissional na Saúde pública, em um contexto de subfinanciamento do SUS, de precarização das condições de trabalho e da crescente mercadorização da saúde.

3 A SAÚDE COMO CAMPO SÓCIO OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO PROFISSIONAL NAS UBS EM MARINGÁ-PR

O Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social do trabalho, surgiu como resposta às transformações geradas pela transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. Nesse contexto, marcado pelo agravamento das desigualdades sociais e pela crescente demanda por mediação estatal, a profissão consolidou-se como instrumento estratégico para a implementação de políticas sociais voltadas à manutenção da ordem e à reprodução da força de trabalho, preservando os interesses das classes dominantes.

A institucionalização do Serviço Social no Brasil ocorreu, sobretudo, no setor público, tradicionalmente o principal empregador desses profissionais. A profissão foi se estruturando em meio às contradições do sistema capitalista, no qual os/as assistentes sociais atuam com relativa autonomia, mas sob constantes tensionamentos impostos pelas condições estruturais e institucionais do mercado de trabalho. A regulamentação da profissão, consolidada pela Lei nº 8.662/1993 e pelo Código de Ética Profissional, reafirma o compromisso com os princípios da justiça social, equidade e defesa dos direitos humanos, orientando uma atuação crítica e comprometida com as classes subalternas.

O movimento de reconceituação foi um marco importante nesse processo, ao romper com a herança conservadora da profissão e alinhá-la aos fundamentos do pensamento marxista. A partir dele, a formação acadêmica passou a ser guiada por diretrizes curriculares que articulam dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, essenciais para a construção do trabalho profissional crítico.

O exercício profissional do/a assistente social se concretiza em diferentes espaços sócio-ocupacionais, que variam em sua organização, execução e formas de financiamento. No setor público, e especialmente na política de saúde, essa atuação adquire contornos particulares que revelam tanto os avanços quanto os desafios enfrentados pela categoria.

No âmbito do SUS, o exercício profissional reflete a complexidade das transformações históricas e sociais que atravessam a profissão. O/a assistente

social compõe equipes multiprofissionais, contribuindo para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Sua atuação, no entanto, ocorre em meio a adversidades como demandas reprimidas, recursos escassos, indefinições quanto às atribuições profissionais e a hegemonia de um modelo médico-centrado que ainda predomina nas práticas institucionais.

Além disso, os impactos das políticas neoliberais, que priorizam a lógica da eficiência econômica em detrimento da universalidade e equidade, impõem novos desafios ao cotidiano desses profissionais. As contradições entre a concepção crítica da profissão e as exigências institucionais revelam a necessidade de articulação entre teoria e prática, bem como, o esforço constante para superar a burocratização do trabalho.

A inserção do Serviço Social na política de saúde pública em Maringá-PR acompanha esse movimento mais amplo de transformação da profissão. Desde a primeira contratação no Programa Saúde do Escolar, em 1989, até a consolidação da presença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), passando pela participação em programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), observa-se uma ampliação progressiva das atribuições e da presença do/a assistente social no município.

Essa trajetória revela a diversificação das ações desenvolvidas, que passaram da regulação de exames e consultas especializadas para o atendimento territorializado e a atuação direta com as demandas da população usuária do SUS. No entanto, persistem desafios como a sobrecarga de trabalho, a distribuição desigual dos profissionais entre as unidades e a necessidade de maior reconhecimento da contribuição do Serviço Social na atenção primária à saúde.

Atualmente, os/as assistentes sociais nas UBS de Maringá desempenham um papel fundamental na mediação do acesso aos serviços de saúde e no enfrentamento das vulnerabilidades sociais que afetam as condições de vida da população. Suas atribuições envolvem atendimento individual e coletivo, visitas domiciliares, articulação intersetorial e participação em espaços de controle social.

A análise dessa inserção profissional permite compreender tanto os avanços quanto os limites impostos pelo sistema capitalista ao trabalho do Serviço Social. Apesar das dificuldades, os/as assistentes sociais têm encontrado possibilidades de atuação para além da execução técnico-burocrática, reafirmando seu compromisso ético-político com a transformação social. A complexidade do

trabalho no SUS exige, além de competência técnica, uma leitura crítica das determinações sociais da saúde e a capacidade de articulação com diferentes setores e políticas públicas.

Dessa forma, o capítulo seguinte será dedicado à apresentação dos espaços sócio-ocupacionais de inserção do/a assistente social na política de saúde, com ênfase na atuação pautada pelos princípios do SUS. Em seguida, será abordada a trajetória histórica da profissão no município de Maringá, acompanhada de uma breve descrição da rede de serviços locais e do percurso profissional desenvolvido nas UBS na cidade de Maringá-Pr.

3.1. O campo da saúde e o trabalho dos/as assistentes sociais

3.1.1. O Serviço Social e sua construção profissional: entre a questão social, a profissionalização e os espaços sócio-ocupacionais

O Serviço Social no Brasil tem sua origem vinculada às transformações sociais, econômicas e políticas ocorridas na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista em sua fase avançada. Esse processo histórico foi marcado pelo fortalecimento dos monopólios, pela financeirização da economia e pelo aumento da exploração da força de trabalho, resultando no agravamento das expressões da questão social². De acordo com Netto (2001), a questão social e suas variadas expressões, são frutos do sistema capitalista nos seus distintos períodos, “sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante” (2001, p. 45).

Nesse contexto, a classe trabalhadora passou a se organizar e reivindicar direitos, cabendo ao Estado intervir para conter os conflitos sociais e garantir a estabilidade do sistema. Tal mediação estatal, contudo, ocorre apenas quando suas ações podem ser funcionalizadas aos interesses do capital (Netto, 1996). O Estado, portanto, se torna agente de coesão social, incorporando demandas sociais de forma seletiva, enquanto reforça os interesses da classe dominante (Netto, 2011; Raichelis, 2017).

De acordo com Netto, “respostas positivas a demandas das classes subalternas podem ser oferecidas na medida exata em que elas mesmas podem

² Segundo Netto (2001) o termo questão social emerge no século XIX (1830) como resposta ao pauperismo na Europa Ocidental que vivenciava os efeitos da primeira fase da industrialização.

ser refuncionalizadas para o interesse direto e/ou indireto da maximização dos lucros” (1996, p. 25). Apenas e tão somente nestas circunstâncias, os impactos da questão social, podem converter-se em instrumento de intervenção regular e permanente do Estado (Netto, 1996).

A crescente intervenção estatal na regulação social abriu espaço para a institucionalização do Serviço Social como profissão, especialmente no setor público, tornando o Estado o principal empregador da categoria (Carvalho; Iamamoto, 2006; Raichelis, 2009). A profissionalização da área ocorreu como resposta à necessidade de profissionais especializados para a execução das políticas sociais. Essa inserção no aparato estatal consolidou o Serviço Social como trabalho assalariado, mediado por contratos formais que distinguem o exercício profissional das ações voluntárias (Carvalho; Iamamoto, 2006) e então, “está posto o mercado de trabalho para o Assistente Social: ele é investido como um dos agentes executores das políticas sociais” (Netto, 1996, p. 71).

De acordo com Raichelis (2009),

As condições propícias à profissionalização do Serviço Social (e de tantas outras profissões) foram criadas a partir da crescente intervenção do Estado capitalista nos processos de regulação e reprodução social, por meio das políticas sociais públicas (p. 445).

O Estado emerge como o principal empregador de assistentes sociais, uma vez que a atuação desses profissionais se concentra nas instituições públicas que oferecem políticas sociais, de forma fragmentada, focalizada, conservadora e paliativa, visando amenizar as múltiplas manifestações da questão social, mas sem resolver as suas causas. A funcionalidade essencial das políticas sociais, desde o seu surgimento até os dias atuais, é a preservação e o controle da força de trabalho do proletariado.

Nessa conjuntura de institucionalização profissional, tendo o setor público como principal empregador, o assistente social passa a ser um trabalhador assalariado, que vende sua força de trabalho como mercadoria, estando, portanto, a serviço das instituições que o contratam. Esta mercantilização demarca uma separação

[...] entre a atividade assistencial voluntária, desencadeada por motivações

puramente pessoais e idealistas, e a atividade profissional que se estabelece mediante uma relação contratual que regulamenta as condições de obtenção dos meios de vida necessários à reprodução desse trabalhador especializado (Carvalho; Iamamoto, 2006, p. 85).

A profissionalização do Serviço Social, portanto, implica na mercantilização do trabalho, estabelecendo uma clara distinção entre a ação voluntária e a atividade regulamentada por um contrato de trabalho.

As determinações sociais e organizacionais interferem diretamente no conteúdo, nos objetivos e nos limites do trabalho profissional, sendo possível afirmar que a profissão mantém uma função social complexa e contraditória, pois, ao mesmo tempo em que atua para mitigar os efeitos da questão social, também contribui, de forma subordinada, para a reprodução das relações sociais capitalistas (Iamamoto, 2004).

A autonomia relativa dos assistentes sociais é constantemente tensionada por exigências e demandas que os/as vinculam à lógica do capital e ao papel de mediação institucional (Iamamoto, 2010).

Essa autonomia é tensionada pela compra e venda dessa força de trabalho especializada a diferentes empregadores: o Estado (e suas distintas esferas de poder), o empresariado, as organizações de trabalhadores e de outros segmentos organizados da sociedade civil. O *significado social do trabalho profissional do assistente social* depende das relações que estabelece com os *sujeitos sociais que o contratam*, os quais personificam funções diferenciadas na sociedade (Iamamoto, 2010, p. 215).

A referida correlação de forças, trará à profissão um significado social diferenciado de acordo com as relações estabelecidas entre trabalhadores e empregadores (Iamamoto, 2010). Segundo Iamamoto (2010), este último irá ditar ao assistente social as condições, tanto ocupacional como trabalhista; além de, estabelecerem quais as demandas sociais que deverão ser atendidas, delimitando também, “a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais” (2010, p. 215).

Esta condição de trabalhador assalariado, que exige o consentimento e cumprimento das imposições acima descritas, não confere aos assistentes sociais uma autonomia absoluta, visto que estão inseridos em estruturas organizacionais e políticas que limitam suas ações. De acordo com Iamamoto (2010, p. 215), “[...]”

a condição de trabalhador assalariado, regulada por um contrato de trabalho impregna o *trabalho profissional de dilemas da alienação e de determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores [...]*. Portanto, ao mesmo tempo em que se profissionaliza o Serviço Social, o insere em um contexto de relações de trabalho que podem limitar a autonomia profissional e o compromisso com as demandas da classe trabalhadora.

Ademais, apesar de estar inserida no rol de profissões ditas “liberais”, os trabalhos exercidos pelos profissionais são predominantemente assalariados, independente se a característica da instituição empregadora for pública ou privada (Raichelis, 2020).

O marco regulatório da profissão é composto pela Lei nº 8.662/1993, pelo Código de Ética Profissional (1993) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (1996), documentos que fundamentam o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil. Esse projeto, desenvolvido desde os anos 1970, foi resultado do Movimento de Reconceituação³, que visava romper com a tradição conservadora e incorporar a perspectiva marxista na base teórica e metodológica da profissão (Netto, 1999; Teixeira; Braz, 2009). “É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando *projeto ético-político*” (Netto, 1999, p. 1).

O Código de Ética, a Lei que regulamenta a profissão e as novas Diretrizes Curriculares, expressam a direção social estratégica defendida pelo projeto ético-político da profissão, bem como, norteiam o conceito de competência profissional no âmbito da formação e exercício profissional. Tanto a Lei que regulamenta a profissão como o Código de Ética de 1996 são recursos essenciais

[...] para balizar e orientar a definição e materialização de nossas competências a medida que elege os princípios que devem sustentar nossos passos e como devemos construir e estabelecer nossas relações profissionais, bem como, no caso específico da Lei de Regulamentação, estabelece expressamente o que seriam competências e atribuições do Assistente Social (Lopes, 2018, p. 19).

³ O Movimento de Reconceituação iniciou-se no Brasil na década de 1960, no contexto da Ditadura Militar, sendo crucial para a profissão de Serviço Social, pois, foi marcado por uma crítica profunda às bases teóricas e práticas do Serviço Social tradicional. De acordo com Netto (2001), este movimento se caracterizou por três vertentes, a saber: modernização conservadora (positivista e estrutural funcionalista), reatualização do conservadorismo (fenomenologia) e intenção de ruptura (marxismo).

Conforme Silva (2013), o projeto ético-político orienta a profissão por princípios como equidade, justiça social, universalização de direitos e consolidação da cidadania, articulando sujeitos coletivos e individuais em torno de um projeto societário comprometido com a emancipação social (Braz, 2005). portanto, o projeto profissional imprime uma direção social à profissão, que possuindo uma perspectiva coletiva,

envolve sujeitos individuais e coletivos em torno de uma determinada valoração ética que está intimamente vinculada a determinados projetos societários presentes na sociedade que se relacionam com os diversos projetos coletivos (profissionais ou não) em disputa na mesma sociedade (Braz, 2005, p. 1).

A consolidação do projeto ético-político se deu nos anos 1990, favorecida pela maturidade teórica da categoria. De acordo com Teixeira e Braz (2009), foram dois os motivos que levaram a tal consolidação apenas nos anos de 1990, sendo eles: 1) o movimento de reconceituação da profissão iniciado entre os anos 1970 e 1980, período em que o Serviço Social no Brasil, passa por um processo de avanço em sua base teórica, portanto, ocorrendo uma maturação neste aspecto. Além disto, acentua-se o movimento de articulação política representado pelo conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social) e pela ABEPSS e se atualiza a dimensão jurídico-política através da reedição da Lei que regulamenta a profissão de 1957 e do Código de Ética de 1986; 2) os movimentos sociais ganham corpo e voz entre os anos 1980 e 1990, alcançando grau de estrutura e articulação que alcançou diversas parcelas da sociedade.

O Código de Ética Profissional, instituído pela Resolução CFESS nº 273/1993, estabelece os direitos, deveres e responsabilidades da/do assistente social, especificando sobre as relações com os usuários, as instituições empregadoras, outras/os profissionais, entidades, organizações da sociedade civil e com a justiça. O referido código, possui como destaque, os onze princípios fundamentais⁴, que são diretrizes éticas que orientam o exercício profissional dos

⁴ Princípios Fundamentais do Código de Ética: I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da

assistentes sociais, “derivando daí o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, e a construção de uma nova ordem societária sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero” (Delgado, 2013, p. 136).

A Lei nº 8.662/1993 confere um caráter analítico e interventivo à profissão de Serviço Social, definindo as competências e atribuições privativas da profissão, sendo que as primeiras podem ser compartilhadas com outras áreas, enquanto as atribuições são exclusivas do Serviço Social (Delgado, 2013).

As competências referem-se a qualificações profissionais de âmbito geral, reconhecidas tanto para os assistentes sociais como para outros profissionais de áreas afins. As atribuições privativas, por sua vez, são competências exclusivas do assistente social, decorrentes, especificamente, de sua qualificação profissional (2013, p. 135).

Segundo Matos (2015), a competência profissional não é uma conquista individual, mas um resultado coletivo, construído a partir da prática nos serviços, da produção intelectual da área e da organização política da categoria. Assim, o debate sobre as competências e atribuições privativas está diretamente relacionado ao fortalecimento do projeto ético-político, sendo referência constante para o exercício profissional mesmo diante das adversidades impostas pela crise do capital e pela reconfiguração dos espaços ocupacionais (Raichelis, 2020).

De acordo com a lei que regulamenta a profissão de Serviço Social nos artigos 4º e 5º, as competências e atribuições privativas são as seguintes:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos,

riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Código de Ética Princípios Fundamentais 24 VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 2012, p. 23)

programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais,- ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. Art. 5º-A. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais. (Incluído pela Lei nº 12.317, de 2010) (CFESS, 1993).

Discutir as competências e atribuições privativas é um grande desafio, frente à complexidade do cotidiano profissional, permeado por adversidades, que vão se interpondo conforme o movimento da realidade e redesenhando os “espaços ocupacionais à luz da nova morfologia do trabalho, no contexto de crise do capital e do profundo ataque contra o trabalho e os direitos da classe trabalhadora” (Raichelis, 2020, p. 11), incluindo a classe de assistentes sociais.

As Diretrizes Curriculares, aprovadas na segunda metade da década de 1990 pelo Ministério da Educação (MEC), constituem um importante instrumento

de formação profissional, orientando os cursos de graduação quanto à articulação entre teoria, método, ética e prática (Silva, 2013; Lopes, 2018). Elas estabelecem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos a serem observados na organização e estruturação dos cursos de graduação em Serviço Social no Brasil, visando orientar as instituições de ensino superior na elaboração e implementação de seus currículos, sendo de extrema importância para a formação profissional em Serviço Social.

Segundo Lopes (2018), as diretrizes curriculares

[...] buscam construir os elementos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos que deverão garantir ao futuro profissional as condições necessárias para a compreensão do fazer profissional e do papel que o profissional assume no espaço institucional (p. 20).

Esse processo de reformulação curricular foi amplamente debatido em encontros promovidos pela ABEPSS, resultando em documentos como a “Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional”, e na realização de mais de 227 oficinas entre 1994 e 1996 (Portes, 2016).

Em 1996, ocorreu um avanço para a política de Educação no Brasil através da publicação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional - LDBEN, que foi de encontro com a necessidade apresentada de revisão curricular dos cursos de Serviço Social (Portes, 2016). Este processo de revisão percorreu vários encontros e debates da categoria profissional, dentre eles destacam-se,

1) XXVIII Convenção Nacional da ABESS, realizada em Londrina - PR, em 1993; 2) XXIX Convenção Nacional da ABESS, realizada em Recife - PE, e a redação do documento: "Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional"; 3) Debates realizados entre 14 e 16 de junho de 1996, na UERJ, culminando na redação do documento: "Proposta básica para o projeto de formação profissional - novos subsídios para o debate" (Portes, 2016, p. 224).

O trabalho do/a assistente social se concretiza em diversos espaços ocupacionais, caracterizados por diferentes formas de organização e financiamento. Esses espaços envolvem tanto a execução quanto o planejamento, formulação, monitoramento e avaliação das políticas sociais (Almeida; Alencar, 2015; Iamamoto, 2009). Historicamente, o Serviço Social foi vinculado à execução

direta das políticas públicas, sendo reconhecido como executor terminal dessas ações (Netto, 1996). Contudo, esse cenário tem se transformado com a ampliação das funções exercidas pelos profissionais da área.

Entre os principais campos de atuação, destacam-se saúde, pioneira nas contratações da categoria, assistência social, habitação e educação. As formas de contratação são variadas, incluindo vínculos estáveis e temporários, reflexo da precarização do trabalho imposta pelas políticas neoliberais e pela retração do Estado nas garantias de direitos sociais.

Compreender o Serviço Social a partir de seu contexto histórico, político e econômico é essencial para analisar seu exercício nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, especialmente na política de saúde. A seguir, será apresentada uma reflexão sobre as características do trabalho dos/as assistentes sociais no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando suas especificidades e os desafios enfrentados na prática profissional.

3.1.2 O trabalho do/a assistentes social na Política de Saúde na perspectiva do SUS

A inserção das/os assistentes sociais no SUS ocorre em um contexto de crescente necessidade de profissionais capacitados para lidar com as demandas sociais da população mais vulnerabilizada. Entretanto, essa trajetória não foi isenta de desafios. Desde o início de sua atuação no sistema público de saúde, os/as assistentes sociais enfrentam questões relacionadas à imprecisão de suas funções e à percepção de desqualificação técnica, muitas vezes atribuídas a uma visão voluntária e empirista do exercício profissional (Costa, 2000).

De acordo com Costa (2000) ao mesmo tempo que aumenta o discurso sobre a fragilidade da profissão, também se amplia significativamente o número de contratações desses profissionais nos serviços públicos de saúde, demonstrando a existência de demandas reais que confirmam a relevância do trabalho do assistente social na composição das equipes multiprofissionais, especialmente no SUS.

[...] o que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de

saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde (Costa, 2000, p. 2).

A referida constatação, está relacionada a inquietação entre o "dever ser" idealizado por assistentes sociais e as condições concretas de trabalho, exacerbada pela estrutura do mercado de trabalho, que determina a inserção profissional de acordo com as necessidades e prioridades das instituições empregadoras, e não com base nos ideais e valores da profissão (Costa, 2000). Segundo Costa (2000), as condições de trabalho no SUS refletem a subordinação do exercício profissional às atividades-fim das organizações de saúde, em um contexto de trabalho assalariado que limita a autonomia dos profissionais.

A não-consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços de saúde, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais (Costa, 2000, p. 3).

Além disso, a idealização do exercício profissional desconsidera muitas vezes as condições objetivas sob as quais os serviços são prestados, incluindo a precariedade dos recursos, a alta demanda reprimida e a predominância de um modelo médico-hegemônico (Costa, 2000). Essas limitações estruturais influenciam diretamente as possibilidades de atuação dos assistentes sociais, que precisam adaptar seu trabalho às realidades institucionais e sociais.

Conforme Kruger (2010), o conceito diferenciado que se deu à saúde relacionado às determinações sociais⁵ do processo saúde-doença, bem como, aos princípios e diretrizes do SUS, estão diretamente relacionados ao aumento das requisições do profissional de Serviço Social na política de saúde, visto que,

[...] por meio do reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde que o assistente social tem construído novos espaços de atuação interdisciplinares, sobretudo nas áreas de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças (Kruger, 2010, p. 131).

⁵ Como apontam Laurell (1982), Fleury-Teixeira (2009) e Breilh (2013), a expressão determinação social da saúde foi cunhada no contexto da Epidemiologia Latino-Americana dos anos 1970, no escopo dos debates sobre as reformas sanitárias, enquanto era construída uma crítica contundente ao modelo biologicista e se introduzia o debate crítico sobre a inter-relação entre desigualdade social, condições de vida e trabalho e processo de saúde-doença. (SILVA; SOUZA, 2024, p. 164)

O modelo inicial de trabalho de assistentes sociais na saúde, era pautado em plantões e encaminhamentos, remetendo-se ao modelo de saúde-fábrica (Sodré, 2010). Segundo o referido autor, tal terminologia se explica pois,

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, aos poucos molda-se uma rotina também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro (Sodré, 2010, p. 457).

Neste aspecto, o modelo saúde-fábrica gera os pilares para o trabalho pautado em um discurso moralizante, que compreende que a pobreza é irremediável, logo banalizada (Sodré, 2010). De uma maneira ampla, o referido modelo “[...] introjeta no campo da saúde pública a naturalização da pobreza, despolitiza a miséria, realizando serviços pobres e práticas esvaziadas aos mais pobres” (Sodré, 2010, p. 460).

No início do trabalho na política de saúde, o Serviço Social brasileiro foi pautado no modelo saúde-fábrica, demarcando uma atuação higienista,

[...] de retirada das populações de rua com o discurso do sanitarismo organizado por meio de normas de higiene e cuidado com o corpo. No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo (Sodré, 2010, p. 456).

Uma abordagem exclusivamente higienista pode negligenciar outros determinantes sociais da saúde, como condições de vida, acesso a serviços de saúde, educação, emprego e moradia adequada. Isso pode resultar em uma visão limitada da saúde e na falta de atenção às necessidades integrais dos sujeitos, sendo de suma importância, o trabalho na saúde, pelo viés do novo trato que se dá a esta política social a partir dos anos 1980.

A presença de assistentes sociais nesta política social, passa a

proporcionar uma análise das demandas da saúde, sobretudo, partindo do princípio da determinação social como constituinte do processo saúde-doença, tornando-se portanto, um “terreno extremamente fértil para o Serviço Social” (Mioto; Nogueira, 2009, p. 222).

O trabalho do/a assistente social na saúde é marcado por sua diversidade, uma vez que se integra a diferentes processos de trabalho, refletindo a complexidade da saúde como campo de produção coletiva. Neste aspecto, a saúde não é vista como um produto individual, mas sim como resultado de um conjunto de ações que envolvem diversos atores sociais e portanto, o/a assistente social não possui um processo de trabalho próprio, pois se insere nos processos de trabalho da saúde pública.

As dinâmicas históricas, sociais e econômicas do Brasil estão intrinsecamente ligadas ao trabalho do assistente social na saúde, tornando impossível analisar um sem considerar o outro. De acordo com Costa (2000),

[...] o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (p. 5).

Neste sentido, pode-se inferir que a concepção de saúde como bem coletivo, exige também uma produção coletiva, que somente será possível pelo viés do trabalho em equipe numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado.

Para Merhy e Cecílio (2003), a oferta de cuidado em instituições de saúde ocorre inevitavelmente de forma multidisciplinar, dependendo portanto, da junção do trabalho de diversos profissionais.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores [...] Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde (Merhy; Cecilio, 2003, p. 2).

A riqueza do trabalho desenvolvido em equipes, visa a ultrapassagem de ações parciais e fragmentadas na saúde, que conseqüentemente gera maior rendimento na execução de atividades e proporciona uma visão de integralidade e universalidade englobando os condicionantes sociais (Miotto; Nogueira, 2009).

O formato de equipes multidisciplinares, bem como, a nova conceituação de saúde, abrem precedentes para a inclusão do profissional de Serviço Social na política social de saúde, que inicia sua trajetória dentro deste campo nos anos 1940, no âmbito hospitalar e curativo (Bravo; Matos, 2004). Este trabalho, se dará entre a instituição e a população buscando a viabilização de acesso dos usuários aos serviços e benefícios, valendo-se do uso de “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (Bravo; Matos, 2004. p. 3).

Debater sobre o trabalho de assistentes sociais no SUS é caracterizar sua inserção em um processo cooperativo que articula diferentes saberes e habilidades em prol da organização dos serviços de saúde. Conforme Costa (2000) a cooperação é um elemento central no trabalho dos/as assistentes sociais no SUS, sendo definida como o conjunto de operações coletivas de trabalho que asseguram a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. No contexto do SUS, essa cooperação ocorre tanto na dimensão vertical (entre diferentes níveis hierárquicos e tipos de trabalhadores) quanto na horizontal (entre subunidades de atendimento, como as UBS) (Costa, 2000).

Esses dois níveis de cooperação são responsáveis pelo crescimento do mercado de trabalho para os/as assistentes sociais, que atuam tanto na gestão quanto na mediação das relações entre usuários e serviços.

Cabe destacar que no cenário da emergência da profissão de Serviço Social no bojo do Capitalismo Monopolista, houve uma ampliação exponencial do setor de serviços, decorrente do crescimento das forças produtivas (força de trabalho humana *versus* meios de produção), que passam a ser englobados pelo Estado para atender necessidades coletivas, ao passo que “se tornam parte dos interesses do sistema capitalista como atividades lucrativas” (Miotto; Schutz, 2012, p. 84). A expansão do setor de serviços, está concomitantemente interligada com

a acumulação de capital⁶, característica esta, própria do modo de produção da fase dos monopólios.

Os serviços têm uma característica de intangibilidade, pois o que este setor produz não pode ser tocado e mensurado, portanto, “não é possível armazenar um serviço, porque ele é consumido tão logo é produzido” (Meirelles, 2006, p.126). A questão da tangibilidade para Marx (2017), não é requisito para definir o trabalho como gerador de valor, ou seja, produtivo. O ponto de destaque da teoria marxista neste aspecto, sob a ótica produtiva, é o desenvolvimento de uma relação social de produção. Neste sentido, “todos os serviços cujo processo produtivo se dê em bases capitalistas de produção são considerados produtivos, independentemente do resultado deste processo ser tangível ou intangível” (Meirelles, 2006, p. 122).

Cabe destacar, que desde a sua gênese, o Serviço Social possui características que o encaixa no setor de serviço, pois responde

[...] às requisições sociais de forma institucionalizada, isto é, a resposta é formulada de maneira específica e persistente, constituindo-se em uma troca relacional entre sujeitos, características que lhe imprimem a qualidade de serviços (Nogueira; Tumeleiro, 2015, p. 218).

Embora os processos de trabalho na saúde pública sigam as características gerais do trabalho sob o capitalismo, apresentam particularidades inerentes ao setor de serviços, conforme aponta Costa (2000):

- Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é "para uso" dos usuários dos serviços. Esse uso, entretanto, se dá a partir de relações mercantis, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como é o caso dos medicamentos, equipamentos, seja via mais-valia social. Sendo assim, o trabalho não é imediatamente consumido com a finalidade de gerar mais valor, apesar de ser objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas; [...]
- A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária;

⁶ Vale destacar que as relações de trabalho na saúde não fogem à regra geral do trabalho assalariado, estando submetidas aos mesmos mecanismos de subordinação e controle presentes no capitalismo (Costa, 2000).

- Os resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo (p. 6).

A inclusão do/a assistente social nos processos de trabalho coletivos dos serviços de saúde é condicionada pelo reconhecimento social da profissão e pelas demandas históricas da saúde pública brasileira.

O trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, se diferencia por sua intensa interação pessoal com os usuários, que não apenas consomem os serviços, mas também participam ativamente do processo de produção dos cuidados em saúde. Isso confere uma dimensão de “interseção compartilhada” ao exercício profissional, que precisa combinar habilidades técnicas com sensibilidade para lidar com as demandas e expectativas dos usuários (Costa, 2000).

É oportuno salientar que a área da saúde é uma das que mais contratou profissionais ao longo da trajetória do Serviço Social (Bravo, 1996), porém, foi apenas no final dos anos 1990 que o/a assistente social foi reconhecida/o como profissional de saúde, através da Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS.

[...] no Brasil, o Serviço Social integra o rol das profissões de saúde, sendo reconhecido tanto no plano legal como através da legitimação social das suas ações profissionais. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde, incorporando sua dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde (Miotto; Nogueira, 2009, p. 222).

Frente às demandas apresentadas à profissão, a/o assistente social vem se inserindo cada vez mais no campo da saúde em equipes multiprofissionais, em diversos níveis de atenção à saúde (Miotto; Nogueira, 2009), ultrapassando portanto, o exercício de trabalho inicial na Alta Complexidade.

A disputa entre diferentes projetos na área da saúde - privatista e da Reforma Sanitária - tem requisitado também, diferentes demandas e intervenções a/o assistente social. O projeto privatista remete o exercício profissional a seleção socioeconômica de usuários para o acesso à saúde, política pública constitucionalmente de caráter universal. Além disso, exige uma “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” (CFESS, 2010, p.26).

Já o projeto da reforma sanitária, apresenta ao exercício profissional, demandas voltadas para a

[...] democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26).

Diante da expansão do mercado de trabalho na saúde para assistentes sociais, nos diversos projetos em disputa, surgem inúmeras publicações sobre a temática, dentre elas os “Parâmetros de Atuação do assistente social na Saúde” que “tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11).

Esse importante documento norteador, apresenta em seu conteúdo, a mediação do profissional na política social de saúde, partindo de quatro eixos de ação, sendo eles: “ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 14).

O “atendimento direto ao usuário” ocorre em todos os níveis de complexidade da saúde, perpassando a atenção primária, média e alta complexidade. Esse eixo pode ser subdividido em: ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas (CFESS, 2010).

As “ações socioassistenciais” são as predominantes no trabalho de assistentes sociais e vão se manifestar no dia a dia dos serviços, através das seguintes demandas:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer

grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
• agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção (CFESS, 2010, p. 42).

É importante que o profissional tenha entendimento quanto às suas atribuições e competências, de forma que a ação profissional transponha o aspecto emergencial e burocrático, com foco em um direcionamento socioeducativo através da análise das condições sócio-históricas em que os usuários são condicionados (CFESS, 2010).

As “ações de articulação interdisciplinar” referem-se ao trabalho em equipe na saúde, o qual, embora se configure em atividades interdisciplinares, cada profissional que compõem uma equipe, terá suas particularidades de acordo com sua formação, princípios, diretrizes e valores éticos profissionais. Neste sentido,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46).

As “ações socioeducativas”, também conhecidas como “educação em saúde”, devem compor o base fulcral do trabalho de assistentes sociais na política de saúde, se caracterizando por ações de “orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p. 54).

Outro eixo importante nas ações desenvolvidas por assistentes sociais na saúde, segundo os Parâmetros de Atuação do assistente social na Saúde, são as “ações de mobilização, participação e controle social”. Essas são relacionadas à participação social em fóruns, conselhos e conferências, sendo que, as atividades realizadas neste eixo “ têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde” (CFESS, 2010, p. 57).

O eixo de “ações de investigação, planejamento e gestão”, compreende um conjunto de ações voltadas para o fortalecimento da gestão democrática e

participativa. Essas ações visam promover, de forma interdisciplinar e intersetorial, propostas que viabilizam e potencializam a gestão, beneficiando tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde, assegurando os direitos sociais (CFESS, 2010).

Por fim, as “ações de assessoria, qualificação e formação profissional” articulam-se com as ações de aperfeiçoamento profissional, “tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários” (CFESS, 2010, p. 63).

Além das ações desenvolvidas diretamente com o/a usuário/a, é possível ao profissional de Serviço Social, executar funções no âmbito da gestão e do planejamento da política de saúde. De acordo com Mito e Nogueira, “os processos de gestão e planejamento correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde [...]” (2009, p. 238).

Os Parâmetros de Atuação (2010) delineiam um importante marco para o trabalho do assistente social na saúde. No entanto, a literatura especializada oferece perspectivas ainda mais abrangentes. Mito e Nogueira (2009), por exemplo, destacam que o trabalho profissional nesse campo se assenta em três bases fundamentais: necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde.

As **necessidades sociais** em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O **direito à saúde**, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A **produção de saúde** é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde (Mito; Nogueira, 2009, p. 223, grifo nosso).

Segundo as referidas autoras, as três premissas fortalecem, instrumentalizam e direcionam o trabalho profissional em diferentes espaços sócio ocupacionais, no tocante a atenção à saúde, pautado nos princípios e diretrizes da integralidade, universalidade e participação social (Mito; Nogueira, 2009). Neste sentido, as diversas frentes de trabalho revelam que, “o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento” (Mito; Nogueira, 2009, p. 228).

Dentro do contexto complexo e dinâmico da política social de saúde, o profissional de Serviço Social possui diversos espaços sócio ocupacionais para execução do seu trabalho, sobretudo porque, o movimento sanitário pauta sua visão no conceito ampliado de saúde que envolve condicionantes que ultrapassam a visão meramente biológica, os quais incluem componentes estruturais do sistema capitalista (desemprego, falta de acesso a saneamento básico, moradia, entre outros). Dentre as frentes citam-se a

[...] Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2010, p. 41).

Apesar de toda a fundamentação do trabalho vinculado ao projeto ético-político do Serviço Social, o exercício profissional de assistentes sociais na saúde é permeado pelo esforço que envolve a burocratização, a perda de conexão com as dimensões teórico-metodológicas e a adequação às exigências imediatistas das instituições de saúde, frequentemente em desacordo com os princípios do referido projeto (Moreno; Wanderley, 2018).

Os/as assistentes sociais enfrentam numerosos desafios no cotidiano de seu trabalho na saúde, associado, dentre outros aspectos, à burocratização e ao afastamento das bases teórico-metodológicas da profissão. A necessidade de responder de forma imediata às demandas institucionais muitas vezes afasta os profissionais de uma análise crítica da realidade e da aplicação de estratégias que promovam transformações significativas. Isso leva a uma dicotomia entre teoria e prática, em que a ação se torna predominantemente técnica e desprovida de reflexões mais amplas.

O profissional passa por um processo de afastamento do conhecimento teórico na materialidade da dimensão técnico operativa, como se vivêssemos uma dicotomia entre a teoria e a prática, esta realidade acaba por refletir no seu fazer profissional acaba demarcada por ações burocráticas, por uma prática alienada por não encontrar o sentido em sua ação (Moreno, Wanderley, 2018, p. 9).

Para superar essas limitações, é fundamental que os assistentes sociais se apropriem das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e

técnico-operativas que caracterizam a profissão. Essa apropriação é essencial para desenvolver estratégias que rompam com o imediatismo e promovam ações alinhadas aos princípios do projeto ético-político, ampliando direitos e fortalecendo o papel do/a assistente social.

Além disso, verifica-se um distanciamento entre a teoria e a prática no exercício profissional, com a teoria sendo valorizada apenas no âmbito acadêmico e a prática reduzida a ações cotidianas e rotineiras (Moreno, Wanderley, 2018). A naturalização da prática burocratizada e essa alienação do cotidiano institucional reforça a ideia de que a teoria é restrita aos espaços acadêmicos, enquanto o trabalho prático é tratado como uma atividade rotineira e desconectada de uma visão de totalidade, o que ofusca a perspectiva crítica e transformadora que deveria nortear o Serviço Social.

O trabalho do/a assistente social na política de saúde exige um olhar crítico e reflexivo sobre as condições institucionais e as demandas sociais. Embora o cotidiano profissional seja marcado por limitações estruturais, pressões imediatistas e ações burocratizadas, é possível construir caminhos que reforcem a autonomia e o compromisso ético do Serviço Social. Para isso, é indispensável que os profissionais invistam em sua formação contínua, se articulem por meio das instâncias representativas da categoria e reafirmem sua conexão com os princípios fundantes da profissão. Só assim será possível superar a lógica da reprodução burocratizada e resgatar o papel transformador do Serviço Social na área da saúde.

A expansão das práticas neoliberais, com a valorização do mercado e a privatização de serviços, influencia os níveis da política de saúde, gerando um ambiente em que a lógica da eficiência econômica prevalece sobre o fortalecimento da universalidade e equidade do SUS. É preciso considerar que os diferentes projetos em disputa e as relações de poder entre as classes sociais nos espaços sócio ocupacionais, influenciam diretamente o trabalho dos/as assistentes sociais, acarretando em demandas, habilidades e competências diferenciadas desses profissionais (Iamamoto, 2009).

Assim, o trabalho do/a assistente social no SUS deve ser compreendido como uma atividade complexa, que demanda um perfil profissional que, além da competência técnica, tenha uma postura crítica e propositiva frente às dinâmicas sociais, econômicas e políticas que moldam o sistema de saúde e as condições de

vida da população, sendo capaz de articular ações intersetoriais e mediar as relações entre os diversos atores envolvidos.

A política de saúde, inserida no setor de serviços, oferece diversas possibilidades de atuação para assistentes sociais. Neste sentido, o tópico seguinte irá apresentar a rede de serviços públicos de saúde de Maringá.

3.2. A política de saúde no município de Maringá-Pr e a trajetória profissional do/a assistente social nas UBS

3.2.1. A rede de serviços no município de Maringá-Pr

A cidade de Maringá está localizada na região Norte do Estado do Paraná. Conforme o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a cidade possui uma população de 409.457 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 487,012 km², o que resulta em uma densidade demográfica de 841,16 habitantes por km². Embora o IBGE não forneça dados específicos sobre a divisão entre área urbana e rural de forma tão detalhada, é possível inferir que, dada a densidade demográfica e o desenvolvimento urbano de Maringá, a maior parte da população reside na área urbana. Diante destes dados, Maringá consolida-se como uma das principais cidades do Paraná em termos populacionais.

Com relação ao desenvolvimento econômico da cidade, é possível identificar que 58,03% da população possui uma ocupação, totalizando 237.714 pessoas ativas (IBGE, 2022). Com relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais, o dado identificado é de 2,6 salários mínimos (IBGE, 2022). Se comparado aos demais municípios do Estado, totalizando 398, Maringá se encontra na 15^o posição com maior salário médio mensal.

Segundo dados do IBGE (2022) o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Maringá é de 0,808. Este dado indica que a cidade possui bons indicadores em relação às políticas sociais, como exemplo à saúde. Isso significa que a população maringaense, em geral, possui acesso a serviços básicos e tem uma expectativa de vida mais longa.

Adentrando em informações relacionadas a política social de saúde, Maringá integra a 15^a Regional de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde (SESA) no Paraná, é representada por 22 regionais, as quais possuem a função de auxiliar

os municípios na organização, no planejamento e na execução de ações e serviços de saúde.

Os dados apresentados sobre Maringá, somados à sua robusta rede de serviços de saúde, evidenciam a importância de analisar a estrutura da assistência à saúde pública por níveis de complexidade. Assim, nos parágrafos que se seguem neste tópico, será apresentada uma breve caracterização dos principais serviços existentes, juntamente com a conceituação dos três níveis de atenção à saúde nesta ordem: Terciária, Secundária e Primária.

A atenção especializada pode ser dividida em dois níveis: terciária (alta complexidade, comumente em hospitais) e secundária (média complexidade, geralmente em ambiente ambulatorial).

A Atenção Terciária à Saúde é destinada ao tratamento de alta complexidade, que exigem recursos tecnológicos mais avançados e profissionais especializados, podendo envolver cirurgias e tratamento de doenças raras.

Neste nível de atenção, Maringá conta com o Hospital Municipal de Maringá Dra. Thelma Villanova Kasprovicz que iniciou suas atividades em 2002. Segundo dados do Portal da Saúde do município de Maringá (s.d.), o referido hospital é 100% SUS e atende crianças e adultos, contando com uma equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e nutricionistas. O Hospital conta com duas assistentes sociais para os atendimentos na área social.

Sua estrutura física dispõe de 118 leitos cadastrados conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) divididos em: “ - Emergência Psiquiátrica (26 leitos); - Clínica Médica (30 leitos); - Pediatria (15 leitos); - Clínica Cirúrgica (25 leitos); - Unidade de Terapia Intensiva Adulto (10 leitos); - Centro Cirúrgico; - Ambulatório de Especialidades” (Maringá, s.d.).

Já a Atenção Secundária, é destinada ao tratamento de média complexidade e, embora também atenda a problemas de saúde que exigem uma atenção especializada em termos de diagnóstico e conduta terapêutica, podem ser resolvidos em um ambiente ambulatorial.

Neste nível de atenção, Maringá conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma localizada na zona sul e outra na zona norte da cidade. Ambas funcionam 24h e dispõem dos seguintes atendimentos: Urgência e Emergência Adulto e Infantil; Coleta Laboratorial; Raio X; Eletrocardiograma; Leitos

de observação; e Farmácia 24h (Maringá, s.d.). Anexa a estrutura da UPA da região norte, existe o Pronto Atendimento da Criança (PAC) Zona Norte, que dispõe de atendimento infantil 24h de urgência e emergência infantil; laboratorial e farmácia (Maringá, s.d.).

A UPA Zona Sul possui duas profissionais de Serviço Social divididas entre os turnos matutino e vespertino, e a UPA Zona Norte possui apenas uma assistente social.

Além das UPAs e PAC, Maringá possui quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS é uma modalidade de serviço de saúde mental pública e assim se estruturam no município (Maringá, s.d.):

- CAPS II CANÇÃO: serviço para adultos com transtornos mentais graves e persistentes, que necessitam de cuidados especializados e contínuos. Possui uma assistente social;
- CAPS II AD (Álcool e/ou Drogas): atende adultos com sofrimento psíquico intenso causado pelo uso de crack, álcool, tabaco, medicamentos e outras drogas. Possui uma assistente social;
- CAPS III: proporciona atenção integral e contínua a pessoas com sofrimento mental grave e com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas de forma ininterrupta (24h), possuindo doze leitos de acolhimento institucional de curta permanência. Possui uma assistente social;
- CAPSi: atendimento especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Possui uma assistente social.

Dentro da saúde mental e no nível de atenção secundário, encontra-se também o serviço da Residência Terapêutica (RT). A RT é uma modalidade de atenção à saúde mental destinada especialmente a indivíduos que passaram longos períodos internados em hospitais psiquiátricos e que, muitas vezes, perderam os vínculos familiares e sociais. Seu trabalho é estruturado com base na reintegração social de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, buscando oferecer um ambiente de moradia assistida, com foco na autonomia e inclusão social dos moradores. A RT dispõe do trabalho de uma assistente social.

Por fim, no nível de atenção secundário encontram-se outros dois serviços a saber (Maringá, s.d.): o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD),

indicado para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente, oferecendo cuidados complementares as ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde e urgência/emergência. Se caracteriza por um conjunto de ações que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com o cuidado continuado no domicílio, minimizando intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático de equipe multiprofissional, incluindo duas profissionais de Serviço Social divididas entre os turnos matutino e vespertino; e, o Serviço de Atenção Especializada (SAE), ambulatório municipal de IST/HIV/aids e Hepatites Virais que oferece atendimento aos portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/aids e Hepatites Virais para Maringá e região, dividindo-se em: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) responsável pelas ações de promoção, prevenção e diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis; Ambulatório de HIV/aids; Ambulatório de IST, Ambulatório de Hepatites e Ambulatório de Tuberculose Resistente: os referidos ambulatórios são responsáveis por prestar assistência especializada com ações de tratamento aos pacientes, de acordo com a patologia apresentada. O SAE possui uma assistente social para os atendimentos na área social.

O último nível de atenção à saúde apresentado neste tópico, refere-se a atenção primária. A APS é a porta de entrada para os serviços ofertados pelo SUS e deve atuar na prevenção, promoção e tratamento, sendo a ordenadora do cuidado em saúde.

É na atenção primária à saúde (APS), porta preferencial de entrada do usuário no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos ou encaminhados para tratamento na rede de atenção especializada (níveis secundário e terciário), se for o caso (Frasão; Ribeiro, 2022, par. 4).

A APS é responsável por organizar e coordenar o fluxo de usuários entre os diferentes níveis de atenção, fundamenta nos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização e equidade, garantindo um cuidado integral e centrado nas necessidades da população. Ao atuar como um filtro, a APS direciona os usuários para os serviços mais adequados, desde os cuidados básicos até os procedimentos mais complexos.

Este nível de atenção em Maringá oferece uma variedade de serviços,

dentre eles o Consultório na Rua, a Clínica de Apoio ao Transtorno do Espectro Autista (CATEA) e as UBS⁷.

O Consultório na Rua é uma estratégia de atendimento do SUS, criada para levar cuidados de saúde às pessoas em situação de rua. O serviço é composto por equipe multiprofissional, contando com o trabalho de um profissional de Serviço Social.

A CATEA é um serviço que atende pessoas com diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica de Autismo e suas famílias, através do tratamento e apoio, receberão intervenções terapêuticas por uma equipe multiprofissional (Psicólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, entre outros). O referido serviço possui uma assistente social.

Para fins de caracterização, o município de Maringá conta com trinta e cinco UBS e quatro Unidades de Apoio à Saúde da Família (UASF)⁸. Através da UBS é desenvolvido o programa ESF⁹, que se constitui como o principal instrumento para ampliar o acesso da população brasileira à APS.

Em Maringá, as UBS possuem sede própria e contam com outros profissionais além dos que compõem uma ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário). Existem as categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem e médico clínico que não estão diretamente vinculados a um território e portanto, atendem toda a população de referência da UBS.

Além disso, existem outros profissionais que compõem as equipes multiprofissionais: assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e educador físico¹⁰. A organização do atendimento desses profissionais, exceto o psicólogo¹¹, é regionalizada, abrangendo mais de uma unidade.

Em termos de quantidade, no que se relaciona a inserção de assistentes sociais na política social de saúde no município de Maringá, atualmente existem vinte e quatro assistentes sociais, conforme descrito acima,

⁷ Existem também as Equipes Prisionais, a Saúde Bucal, dentre outras estratégias dentro da APS.

⁸ A UASF é uma extensão de uma determinada UBS, que visa realizar o apoio no atendimento nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação em saúde.

⁹ Maiores informações apresentadas no tópico 2.2.5.1 Estratégia Saúde da Família (ESF).

¹⁰ A categoria de farmacêutico totaliza 17 atende com a dispensação de medicações em apenas 13 farmácias das UBS, portanto, não realizam um trabalho multiprofissional.

¹¹ Atualmente existem 30 psicólogos em UBS, em decorrência de três aposentadorias e de duas profissionais que assumiram cargos de gerência de serviço em saúde mental.

dez atuam nas UBS; um no Consultório na Rua, uma na CATEA, uma no SAE, quatro nos CAPS, duas no SAD; duas no Hospital Municipal e três nas UPAs.

A partir da problemática central deste estudo, o próximo tópico se dedicará a traçar um panorama histórico do trabalho profissional do/a assistente social nas UBS.

3.2.2. A trajetória profissional do/a assistente social nas UBS no município de Maringá-Pr

Partindo como referência do problema desta pesquisa, que se refere ao exercício profissional do/a assistente social nas UBS no município de Maringá - PR, entende-se que é necessário descrever inicialmente, sobre a inserção destes/as profissionais na política social de saúde.

Existem poucas informações divulgadas sobre a trajetória do Serviço Social na Saúde em Maringá, não sendo pretensão da pesquisadora neste trabalho, resgatar todo o percurso do trabalho do/a assistente social na referida política pública.

Os dados apresentados a seguir, tiveram como subsídio os seguintes referenciais: um artigo científico publicado em 2015 intitulado “O assistente social na Atenção Primária à Saúde: o profissional de Serviço Social inserido nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Maringá” das autoras Anne Grace Gomes e Débora Cristina Sampaio do Valle; a relatoria “Histórico Serviço Social” de uma das primeiras assistentes sociais que atuou na política de Saúde em Maringá, Carmen Abilene Soriano Inocente, a qual se dispôs a fazer uma breve historicização, exclusivamente com a finalidade de contribuir com esta pesquisa; materiais produzidos no Grupo de Trabalho instituído para a elaboração do Protocolo de Atuação de Assistentes Sociais na Atenção Básica¹² e pela observação participante da pesquisadora, que atuou em UBS no período de Novembro/2012 até Março/2024 e Fev/2025 até o presente momento. Cabe destacar que o trabalho profissional não se resume a uma “prescrição” ditada

¹² O referido GT foi regulamentado pela Portaria n. 102/2024, embora tenha iniciado seus trabalhos em meados de Outubro de 2023, sendo composto por sete assistentes sociais que atuam na Atenção Primária em saúde. O objetivo do GT foi elaborar, regulamentar, implantar e publicizar o Protocolo de Atuação da/o Assistente Social na Atenção Básica - PAAS/AB na cidade de Maringá. O referido GT encerrou seus trabalhos com a publicação do protocolo em Dezembro/2025.

pelo citado Protocolo de Atuação de Assistentes Sociais na Atenção Básica. Na trajetória sócio histórica da profissão, o Serviço Social ao mesmo tempo que elaborou rotinas e procedimentos para “catalogar” suas atividades prático-interventivas, não foi capaz de incutir “a marca de um esforço de sistematização, quer da realidade social como das respostas profissionais formuladas que determinam a sua atividade profissional, o seu trabalho em sentido amplo” (Almeida, 2006, p. 2). Neste contexto, o protocolo mencionado é um procedimento necessário e norteador, embora o exercício profissional não se finde nele, “a sistematização de sua atividade profissional se constitui numa etapa fundamental das elaborações teóricas dentro da profissão” (Almeida, 2006, p. 4).

A cidade de Maringá, acompanhou a trajetória sócio histórica do Serviço Social no Brasil nos anos 1980, visto que, segundo Gomes e Valle (2015), a primeira assistente social a ser contratada para atuar na política de saúde em Maringá, foi no ano de 1989. Segundo Inocente,

[...] a Secretaria de Saúde contratou 01 Assistente Social, na época, para trabalhar com uma equipe multiprofissional no Programa Saúde do Escolar. O programa contava com 2 profissionais Médicos, 1 Nutricionista, uma Bióloga, 1 Assistente Social e 1 Técnica de Enfermagem (2024, p. 1).

O Programa Saúde do Escolar durou aproximadamente um ano, e posteriormente, os profissionais que o compunham foram alocados para outros setores dentro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que a assistente social foi inserida no setor de regulação de consultas e exames especializados (Inocente, 2024). Devido ao aumento de exames e consultas especializadas não disponibilizadas de forma padronizada pelo SUS, houve a necessidade da contratação de mais duas profissionais de Serviço Social para auxiliar nos atendimentos deste setor (Inocente, 2024).

Considerando o avanço do SUS no país, em meados dos anos 2000, ocorreu a ampliação de profissionais de Serviço Social, que passam a trabalhar em UBS, inseridas no chamado Programa Saúde da Família (PSF)¹³,

¹³ O Programa Saúde da Família passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família a partir de 2006. Esta mudança foi estabelecida pela Portaria nº 648 do Ministério da Saúde do Brasil, a qual foi revogada em 2011 pela Portaria n. 2.488. A nova nomenclatura tem como objetivo reforçar o caráter estratégico e integrador das ações de saúde realizadas junto às famílias cadastradas no programa.

possibilitando desta forma, a descentralização do atendimento, anteriormente concentrado na Secretaria Municipal de Saúde (Gomes; Valle, 2015). De acordo com o relatado por Inocente, neste período foram contratadas quatro assistentes sociais, sendo que

Três dessas profissionais iniciaram os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde como suporte às Equipes de Saúde da Família. A outra profissional permaneceu na Secretaria de Saúde em substituição à uma das profissionais admitidas anteriormente (2024, p. 1).

Segundo Inocente, essas três profissionais realizavam atendimentos na área de abrangência das unidades de saúde da família, através de abordagem individual, grupal, visitas domiciliares, diagnóstico, intervenção psicossocial e triagem social, para procedimentos, exames e medicamentos que não eram contemplados pelo SUS (*apud* Gomes; Valle, 2015, p. 09). A profissional que permaneceu na Secretaria Municipal de Saúde, exercia seu trabalho na regulação de consultas, exames especializados e cirurgias eletivas, auxiliando também, na elaboração de protocolos para tais exames e cirurgias vinculados aos hospitais e demais setores envolvidos (Inocente, 2024). Ainda era atribuição da assistente social a “gestão dos setores de cirurgia eletiva + OPM¹⁴ e Consultas especializadas + TFD¹⁵, vinculados à Coordenação, que num futuro breve, em função da alta demanda tornou-se uma Gerência” (Inocente, 2024, p. 1).

No âmbito de Brasil, o ano de 2008 marcou a expansão do exercício profissional de assistentes sociais na saúde, em decorrência da Portaria nº 154 Ministério da Saúde, que instituiu a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁶. Em Maringá, o trabalho do NASF-AB iniciou em meados de 2010, possuindo como proposta o apoio a inserção da Estratégia Saúde da Família - ESF, se configurando no formato de equipes interdisciplinares, sendo sua composição definida pelos gestores municipais e ESF. De acordo com Gomes e Valle (2015), Maringá iniciou com sete equipes NASF-AB, sendo que

¹⁴ A sigla OPM se refere a Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

¹⁵ O TFD se refere a Tratamento Fora do Domicílio, que foi instituído em 1999 sendo “um instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem” (Paraná, 2007, p. 3).

¹⁶ A versão revisada da PNAB de 2017, altera a denominação para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

cinco, contavam com o profissional de Serviço Social em sua composição.

Cabe destacar que a configuração do programa NASF-AB deixou de existir em Maringá no início do ano de 2020, em decorrência da portaria n. 2.979 de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil¹⁷, estabelecendo um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde - APS no âmbito do SUS. O incentivo financeiro previsto na referida portaria, se destinava para algumas ações estratégicas no âmbito da saúde pública, a qual não contemplava as equipes de NASF-AB. Na ocasião, existiam em Maringá, nove profissionais de Serviço Social inseridos no NASF-AB, entre elas, ocorreram dois pedidos de exoneração, algumas permaneceram nas UBS e outras foram alocadas em outros serviços como CAPS, Consultório na Rua, CATEA e SAD.

O trabalho de assistentes sociais dentro das UBS, perpassa por diversas possibilidades, podendo ser uma ação individual e/ou coletiva, na educação e promoção da saúde, no controle social, na atuação multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, bem como, nas intervenções com as demandas e requisições que chegam através das unidades básicas e/ ou pelas dificuldades que a população enfrenta para subsistência de outras necessidades (moradia, alimentação, benefícios sociais e previdenciários, entre outros).

O próximo capítulo apresentará o percurso metodológico da pesquisa e alguns dados de caracterização das assistentes sociais sujeitos desta pesquisa. Tomando por referência a natureza analítica e interventiva do Serviço Social, será apresentada uma análise das demandas, requisições e ações profissionais que se apresentam no cotidiano profissional, partindo de fundamentação teórica e da análise dos dados empíricos da pesquisa realizada.

¹⁷ Em Abril de 2024 ocorreu a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.493 que institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com o objetivo de fortalecer e valorizar a ESF, retomando as equipes multiprofissionais, porém, com configuração e características diferenciada do NASF-AB, as quais não é objetivo explicar neste trabalho.

4 O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MARINGÁ-PR: DEMANDAS, REQUISIÇÕES E AÇÕES PROFISSIONAIS

O processo investigativo e científico é permeado por divergências e discordâncias e, diante dessa complexidade, a metodologia de pesquisa envolve concepções teóricas de abordagem, bem como um conjunto de procedimentos que possibilitam a construção e a compreensão da realidade. Com o objetivo de buscar diferentes formas de aproximação ao problema e aos objetivos propostos, foram adotados alguns passos metodológicos, que serão descritos no primeiro tópico deste capítulo.

Posteriormente pretende-se apresentar os dados empíricos coletados a partir das entrevistas realizadas com doze assistentes sociais que atuam em UBS na cidade de Maringá.

Serão apresentados os dados de identificação das assistentes sociais que participaram desta pesquisa, oferecendo uma caracterização detalhada do grupo a partir de informações relacionadas a gênero, faixa etária, etnia e religião. A análise desses aspectos visa compreender o perfil das profissionais inseridas na política de saúde do município, bem como contextualizar as dinâmicas sociais e institucionais que permeiam sua atuação.

Na sequência, serão apresentados e analisados os dados referentes à formação acadêmica e profissional das assistentes sociais que participaram desta pesquisa. A caracterização do perfil formativo das entrevistadas permite compreender aspectos fundamentais relacionados ao tempo de formação, à natureza das instituições formadoras, à modalidade de ensino frequentada, bem como ao nível de titulação alcançado.

A exposição desses dados contribui para contextualizar a qualificação profissional das assistentes sociais inseridas na política de saúde do município, destacando tendências relacionadas à formação continuada, às escolhas acadêmicas e aos desafios enfrentados para a ampliação das competências profissionais, especialmente no que se refere ao acesso à pós-graduação *stricto sensu*.

Este tópico também apresenta e analisa os dados referentes aos vínculos empregatícios, às relações e às condições de trabalho das assistentes sociais que atuam na política pública de saúde no município de Maringá-PR. A compreensão

dessas informações é fundamental para refletir sobre a inserção profissional no contexto atual, marcado pela intensificação das demandas, pela multiplicidade de funções e pelas tendências mais amplas do mundo do trabalho na contemporaneidade.

Serão discutidos aspectos como a quantidade de vínculos empregatícios, a carga horária semanal, os regimes de contratação, as faixas salariais e a distribuição das profissionais nas UBS, bem como, referenciamento das equipes de ESF. A análise dessas condições permite evidenciar os desafios enfrentados pelas assistentes sociais, que contribuem para moldar o cotidiano profissional na política de saúde.

Por fim, objetiva-se analisar e compreender as informações coletadas a respeito das demandas, requisições e ações profissionais das assistentes sociais entrevistadas, no espaço sócio ocupacional das trinta e cinco UBS distribuídas pela cidade de Maringá. A análise será realizada a partir dos dados empíricos obtidos na pesquisa, articulados com uma fundamentação teórica que permite compreender a complexidade do exercício profissional no âmbito da política pública de saúde.

O Serviço Social, como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, responde a demandas oriundas das expressões da questão social, mediando direitos e serviços com base no trabalho orientado por múltiplas dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Tais dimensões não se apresentam de forma isolada, mas articulam-se na construção de respostas qualificadas às necessidades sociais, evidenciando a dupla natureza do trabalho profissional — analítica e interventiva.

Tendo em vista o explanado acima, este capítulo será desenvolvido a partir dos seguintes tópicos: Percurso metodológico da pesquisa; Dados de identificação das Assistentes Sociais; Dados sobre a formação; Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s): relações e Condições de Trabalho de Assistentes Sociais; e, Demandas, requisições e ações profissionais.

4.1 Percurso metodológico da pesquisa

O processo investigativo e científico, é atravessado por divergências e discordâncias e, portanto, nesta complexidade, a metodologia da pesquisa, compreende as concepções teóricas de abordagem e um conjunto de

procedimentos que possibilitam a construção da realidade (Minayo, 2002). Com a finalidade de buscar diferentes formas de aproximação ao problema e aos objetivos da pesquisa proposta, foram seguidos alguns passos metodológicos, a saber.

O primeiro passo metodológico, compreendeu a realização da revisão bibliográfica. Esta etapa se baseou na coleta de informações através da busca, seleção e exploração de materiais bibliográficos no campo do Serviço Social, relacionadas ao objeto de estudo. Neste sentido, foram utilizadas fontes de produções em revistas especializadas na área do Serviço Social, assim como livros e capítulos publicados sobre a temática, após os anos 1990 considerando a aprovação das leis orgânicas de saúde.

Partindo para o segundo passo metodológico, foi realizada a revisão documental, que apesar de seguir os mesmos passos da revisão bibliográfica, se diferem quanto à origem da fonte (Gil, 2002). A revisão documental "vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa" (Gil, 2002, p. 45). Nessa etapa, foram considerados materiais que estavam conectados com o objeto da pesquisa, a seguir descritos:

QUADRO 1
Revisão documental

Nome documento	Nº da lei	Objetivo
Protocolo complementar de medicamentos não padronizados	Não possui.	Regulamentar e orientar o uso, a dispensação e o controle de medicamentos que não fazem parte da lista oficial de medicamentos padronizados do município (como a Relação Municipal de Medicamentos), mas que são necessários em situações especiais ou para condições específicas dos pacientes.
Protocolo clínico para dispensação de fórmula alimentar adulto/ dieta enteral industrializada (PFADEI)	Não possui.	Orientar e padronizar o processo de fornecimento dessas fórmulas nutricionais para adultos que necessitam de suporte alimentar especializado.
Protocolo de dispensação de fórmulas infantis especiais (PDFIE)	Não possui.	Objetiva organizar, padronizar e garantir a correta distribuição dessas fórmulas para crianças que necessitam delas por motivos médicos específicos.

Protocolo de Planejamento Familiar	Não possui.	Orientar e padronizar as ações e serviços relacionados ao planejamento familiar dentro do município.
Parâmetros de atuação do/a assistente social na saúde	Não possui.	Orientar, fortalecer e qualificar a atuação profissional de assistentes sociais no campo da saúde, especialmente no âmbito do SUS, à luz do projeto ético-político do Serviço Social.
Protocolo de atuação da/o Assistente Social na Atenção Básica	Não possui.	Tem por objetivo organizar e direcionar a atuação dos profissionais da Atenção Básica na cidade de Maringá, em consonância com os preceitos do projeto ético-político do Serviço Social e das legislações vigentes.
Lei que regulamenta a profissão de Serviço Social	Lei 8662/1993	Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social e dá outras providências.
Código de Ética profissional.	Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993	É um instrumento normativo e político-profissional que orienta o exercício da profissão de Serviço Social.
Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde	Resolução nº 218/97	Reconhecer e estabelecer formalmente as categorias profissionais que compõem a área da saúde no Brasil, incluindo o/a assistente social como integrante da equipe de saúde.
Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)	Resolução nº 383/99	Tem como objetivo principal caracterizar o/a assistente social como profissional da saúde.
Lei Orgânica da Saúde (LOS)	Lei n.º 8.080/1990	Define os princípios e diretrizes do SUS.
Lei de complementação da LOS	Lei n.º 8.142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Política Nacional de Humanização (PNH)	Não possui.	Objetiva melhorar a qualidade da atenção e da gestão no SUS, promovendo práticas que

		valorizam a autonomia dos sujeitos, o acolhimento e os vínculos solidários entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde.
Redes de Atenção à Saúde (RAS)	Portaria de consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017	Organizar o SUS em redes integradas de serviços que assegurem acesso, acolhimento, continuidade do cuidado e resolutividade das ações de saúde.
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017	Orientar como deve funcionar a Atenção Primária à Saúde dentro do SUS, garantindo que ela seja a base da organização dos serviços de saúde, de forma resolutiva, contínua, acolhedora e próxima da população.
Novo financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS)	Portaria GM/MS Nº 3.493/2024	Institui uma nova metodologia de cofinanciamento federal para a APS no âmbito do SUS, com o objetivo de aprimorar o modelo de financiamento.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

O terceiro passo metodológico refere-se à pesquisa de campo, que, segundo Minayo (2002) “consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento” (p. 26). Por envolver seres humanos, esse passo iniciou-se com a submissão da proposta ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEL e à Gerência de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, uma vez que a pesquisa foi aplicada a profissionais que atuam na rede municipal de saúde. Essa etapa ocorreu entre os meses de Julho e Novembro de 2023, consistindo na entrevista de assistentes sociais que trabalham nas UBS na cidade de Maringá-Pr.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Gerência de Planejamento, iniciou-se o processo de contato com os sujeitos da pesquisa, através do envio de um convite para a participação na pesquisa das assistentes sociais atuantes nas UBS do município de Maringá - PR. Esse convite foi feito via e-mail (apêndice A), no qual se apresentava a proposta do estudo, acompanhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) e do roteiro de entrevista semiestruturado (apêndice C), para apreciação prévia das profissionais.

O número de participantes da pesquisa foi considerado significativo, pois

correspondeu ao universo total de profissionais inseridos no espaço sócio-ocupacional referenciado, correspondente a doze¹⁸ assistentes sociais. Com o aceite das profissionais, no segundo momento foi realizado um novo contato para o agendamento das entrevistas, que ocorreram entre os dias 17 de dezembro de 2023 e 25 de janeiro de 2024, de forma individual e presencial, nas respectivas unidades de lotação das entrevistadas.

A entrevista compõe um instrumento de coleta de informações, integrando o pesquisador e o sujeito a ser pesquisado. O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada, que permite a combinação de perguntas abertas e fechadas, dando ao entrevistado a oportunidade de comentar sobre o conteúdo proposto (Boni e Quaresma, 2005).

Dando início ao processo de coleta de dados por meio das entrevistas, os sujeitos foram informados sobre a intenção, objetivos e a garantia do sigilo confidencial dos dados para fins do estudo. A autorização das entrevistadas foi dada pelo preenchimento do TCLE em duas vias, sendo que uma ficou com a entrevistadora e outra com a entrevistada. O referido termo continha em suma, na sua redação: os objetivos e procedimentos da entrevista, os riscos e benefícios, a confidencialidade e privacidade dos dados coletados, a voluntariedade e direito de recusa e a forma como os dados seriam utilizados incluindo a autorização para a gravação de voz e destruição das mesmas após a transcrição.

Os dados da pesquisa foram coletados através da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado, respondido em uma entrevista gravada, cuja duração variou entre sessenta e noventa minutos. O referido roteiro, que norteou as entrevistas, foi composto por questões abertas e fechadas. Na primeira parte, apresentou dados que caracterizavam os sujeitos pesquisados; na segunda, forneceu dados qualitativos que especificavam os objetivos do estudo.

A seguir, os dados serão abordados de acordo com a caracterização dos sujeitos pesquisados. Posteriormente, os resultados serão analisados com base nas categorias teóricas explicativas e empíricas da realidade.

¹⁸ É importante destacar que na ocasião das entrevistas, que ocorreram entre Dezembro/2023 e Janeiro/2024, havia treze profissionais Assistentes Sociais, incluindo a autora deste trabalho, portanto, foram doze entrevistas realizadas. No momento da conclusão desta dissertação, o número caiu para dez assistentes sociais na APS, considerando duas exonerações e uma aposentadoria.

4.2 Apresentação e análise dos dados empíricos da pesquisa

4.2.1 Dados de identificação das Assistentes Sociais

Com o intuito de compreender os dados gerais de identificação profissional das assistentes sociais envolvidas nesta pesquisa, este tópico apresenta a caracterização do grupo a partir de dados sobre gênero, faixa etária, etnia e vínculo religioso.

Do universo total pesquisado, doze profissionais ou 100%, se identificam com o gênero feminino, mantendo a tendência histórica da profissão de predominância de profissionais do sexo feminino. A profissão de Serviço Social é majoritariamente exercida por mulheres (92%), embora exista uma crescente no gênero masculino, bem como, de outras expressões de gênero (CFESS, 2022).

Realidade semelhante se apresenta nos dados do estado do Paraná. Segundo a publicação do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional” (2022)¹⁹, de 1.992 profissionais que participaram do recadastramento, 93% se identificaram com o gênero feminino, portanto, reforçando esta prevalência na profissão de Serviço Social, a qual também se apresentou na edição anterior do Perfil Profissional, publicada em 2005.

Com relação à faixa etária, os dados indicam que metade dos sujeitos da pesquisa se encontram no intervalo de 35 a 44 anos, totalizando, portanto, 50% do total das assistentes sociais entrevistadas. Entre 45 a 54 anos foi identificada duas entrevistadas ou 16,67%, assim como, entre 55 a 64 anos (16,67%). Nos intervalos de 25 a 34 anos e mais de 65 anos, ambos apresentaram uma profissional em cada, totalizando, portanto, um percentual aproximado de 8,33% em cada intervalo.

Sobre a pertença étnico-racial, os dados indicam que 91,67% (11) das profissionais entrevistadas, se auto reconhecem como de cor/raça branca e apenas 8,33% (1) se autodeclara de cor/raça parda. Vale considerar que os dados de 2022,

¹⁹ Publicação referente a uma pesquisa do perfil profissional realizada no Conjunto CFESS-CRESS, baseada nos dados coletados durante o recadastramento nacional entre os anos de 2016 e 2019, que contou com a participação de 44.212 profissionais.

referentes ao último Censo da Educação Superior²⁰ (2023), apontam que um dos desafios ainda é elevar a escolaridade média entre negros e não negros no Brasil.

Nesse quesito de pertença étnico-racial, o “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional” (CFESS, 2022), apresenta o Paraná como o terceiro Estado com maior profissionais que se autodeclararam como de cor branca, seguido de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Um aspecto que se sobressai é o fato de que as/os profissionais que se autodeclararam majoritariamente na cor branca estão em três UFs localizadas na região Sul do Brasil, território formado por população de origem europeia, provenientes de países como Alemanha, Itália, Polônia e outras (CFESS, 2022, p. 32).

É importante destacar que, embora o racismo no Brasil tenha suas raízes no período colonial, ele permanece um problema estruturante da modernidade que ainda não foi superado. Manifestações de preconceito profundamente enraizadas no colonialismo e na escravidão persistem, apesar de esses períodos terem terminado formalmente há mais de um século. Discutir o racismo e seus desdobramentos envolve uma análise do passado para compreendê-lo, mas também para entender as questões contemporâneas e os inúmeros casos de discriminação que são frequentemente testemunhados e noticiados²¹.

Pensar em acesso às políticas sociais é contraditoriamente pensar em exclusão, sobretudo na educação. De acordo com a pesquisa do UNICEF (2021), intitulada “Cenário da Exclusão Social no Brasil”, pretos, pardos e indígenas representam 71,3% das crianças e adolescentes de 4 a 17 anos fora da escola no país.

²⁰ O Censo mencionado se refere a uma pesquisa estatística conduzida anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) em colaboração com as Instituições de Educação Superior (IES) que oferecem cursos de graduação no Brasil. Conforme o art. 4º do Decreto nº 6.425/2008, a participação é obrigatória tanto para instituições públicas quanto privadas.

²¹ A luta antirracista é uma das principais diretrizes da profissão de Serviço Social, sendo um compromisso ético que permeia todas as ações do assistente social. Neste sentido, o conjunto CFESS-CRESS possui os Comitês Antirracistas, frutos da Campanha de Gestão “Assistentes Sociais no Combate ao Racismo”, iniciada no triênio 2017-2020 e, também, de deliberação do 49º Encontro Nacional CFESS-CRESS. O CFESS tem sido atuante na produção de materiais e normativas que orientam os assistentes sociais a combater o racismo em seu trabalho profissional, como os cadernos da série “Assistente Social no Combate ao Preconceito: Racismo” e a Resolução 1054/2023, que reforça o compromisso da categoria com a luta antirracista, orientando os profissionais sobre como agir de forma ética e combater o preconceito racial (CFESS, 2024).

Esse dado reflete diretamente na falta de acesso ao ensino superior. Um exemplo claro é o baixo número de professores negros nas universidades brasileiras, que representam apenas 20% e estão presentes em menos da metade das instituições no país, “realidade preocupante e que reitera a estrutura marcada por preconceitos raciais do sistema educacional do país” (Martins *apud* Brasil, 2023).

O racismo no Brasil não é apenas um legado histórico, mas também um desafio contemporâneo que se manifesta em diversas formas, incluindo desigualdades no acesso às políticas sociais tais como programas, projetos e benefícios sociais. Embora o país tenha feito progressos em algumas áreas, a luta contra o racismo e a promoção da igualdade racial continuam a ser desafios importantes e urgentes²².

Com relação aos dados de vínculo religioso, observa-se a predominância da religião Católica adotada por 58,34% das pesquisadas, sendo portanto, o catolicismo a religião mais praticada pelas/os profissionais. Em segundo lugar está a religião Espírita, representando 16,67%. Na sequência, identifica-se uma entrevistada que se autodeclara espiritualista (8,33%) e outra como cristã (8,33%). Apenas uma entrevistada referiu não seguir nenhuma religião, totalizando 8,33% do universo total da pesquisa.

As informações apresentadas referente ao vínculo religioso, coincidem com as coletadas na pesquisa do “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil” (CFESS, 2022), a qual apresenta a religião Católica professada por metade dos/as assistentes sociais, reafirmando portanto, o vínculo histórico da profissão com a religião católica no Brasil.

Na sequência, serão apresentados os dados referentes a alguns aspectos da formação profissional das assistentes sociais, incluindo tempo de formação, a

²² A Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 2018, publicou o documento "Subsídios para o debate sobre a questão Étnico-Racial na Formação em Serviço Social", reconhecendo em sua agenda política, o compromisso na construção de um projeto de formação profissional antirracista e o significado sócio-histórico do debate étnico-racial para o Serviço Social brasileiro. Desta forma, a ABEPSS implantou, no final de 2022, a Plataforma Antirracista com vistas a subsidiar e direcionar o trabalho de assistentes sociais (Disponível em: <https://www.abepss.org.br/subsidiosparaodebateetnicoracial-94>). Além disto, a ABEPSS desenvolve o projeto "ABEPSS itinerante" iniciado em 2011, que é uma capacitação continuada que leva debates e reflexões sobre a formação profissional em Serviço Social, fortalecendo as estratégias político-pedagógicas para enfrentar os desafios da precarização do ensino superior. Em sua 7ª edição, a ABEPSS itinerante teve como tema central “As Diretrizes Curriculares, o debate étnico-racial e os projetos pedagógicos” (ABEPSS, 2024).

Instituição formadora, a natureza da Instituição, o Estado onde a instituição de ensino se localiza, modalidade do curso, titulação e a área de conhecimento em que realizou especialização, mestrado e/ou doutorado.

4.2.2 Dados sobre a formação

Os dados obtidos nas respostas das doze assistentes sociais entrevistadas, demonstraram que 100% delas possuem mais de 10 anos de formação, portanto, nenhuma é recém-formada. Do total, 5 profissionais (41,67%) possuem entre 11 e 15 anos de formação, enquanto 4 (33,33%) têm entre 16 e 20 anos de formação. Além disso, apenas uma (8,33%) têm entre 21 e 25 anos de formação e duas entrevistadas (16,67%) possuem mais de 25 anos de formação.

Diante destes dados, é possível concluir que a maioria das assistentes sociais entrevistadas (onze) possui formação pelo novo currículo, conforme delineado pelo projeto ético-político da profissão. As Diretrizes Curriculares, o Código de Ética e a Lei de Regulamentação Profissional, documentos fundamentais publicados nos anos 1990, são considerados pilares orientadores para o exercício da profissão de Serviço Social.

Longe de se constituir em “escrituras sagradas”, estas são bússolas que orientam as dinâmicas e dialéticas dimensões teórico-ético-políticas, técnico-operativas e institucional-legal, que materializam nosso cotidiano e mobilização permanente em defesa da construção de uma sociedade sem exploração de classe, gênero e raça e sem nenhum tipo de opressão e intolerância (CFESS, 2022, p. 129).

Dando sequência na apresentação e análise dos dados coletados, quanto à natureza da instituição formadora, observa-se uma equiparação entre as de característica pública e privada, visto que, 50% das entrevistadas frequentaram instituições públicas e 50% instituições privadas. Das instituições públicas: quatro (33,33%) estudaram na Universidade Estadual de Londrina (UEL); uma (8,33%) na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e uma (8,33%) na Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Entre as entrevistadas que frequentaram instituições privadas: três (25%) estudaram no Centro Universitário

(UNICESUMAR) campus de Maringá²³; uma (8,33%) na Universidade Paranaense (UNIPAR); uma (8,33%) na Universidade de Marília (UNIMAR-SP) e uma (8,33%) na Associação Educacional de Toledo (PR).

Os dados referentes à natureza da instituição formadora revelam “a persistência histórica de prevalência do ensino privado de natureza mercantil no Serviço Social, com acelerado acréscimo nas privadas lucrativas” (CFESS, 2022, p. 51), seguindo portanto, a tendência atual no Brasil de expansão do ensino superior, fomentado pela financeirização da educação.

Dentre as instituições formadoras, prevaleceram aquelas localizadas no Estado do Paraná, totalizando dez (83,33%), enquanto duas (16,67%) das instituições estavam localizadas no Estado de São Paulo. Segundo o Ranking Universitário da Folha de São Paulo (2019), no Paraná, existem oito instituições de ensino públicas²⁴ que oferecem o curso de Serviço Social. Além disso, aproximadamente o dobro desse número, ou seja, dezesseis instituições privadas, também disponibilizam essa formação no estado.

É evidente a expansão dos cursos na modalidade de Ensino a Distância (EaD) no Brasil, intensificada nos anos 2000. No entanto, essa realidade não se reflete no universo desta pesquisa, já que 100% das entrevistadas frequentaram universidades ou faculdades na modalidade presencial. Esse dado corrobora com a informação previamente apresentada sobre o tempo de formação: aproximadamente 60% das entrevistadas têm mais de 16 anos de formação. Portanto, a conclusão do curso de Serviço Social ocorreu nos primeiros anos da década anterior, justificando a ausência da tendência do ensino superior na modalidade EaD nesta pesquisa.

Esse contundente processo também se revela no recadastramento profissional, ainda que a preponderância do ensino presencial também se verifica no Serviço Social, já que a maioria respondente da pesquisa concluiu seus cursos no ensino presencial [...] (CFESS, 2022, p. 63).

²³ A última turma do curso de Serviço Social na modalidade presencial no UNICESUMAR, se formou no ano de 2015. Em 2014 já havia iniciado a modalidade EaD seguindo desta forma, a expansão da modalidade no país, datada dos anos 2000.

²⁴ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA).

Os dados da pesquisa mostram que todas as entrevistadas declararam ter algum tipo de titulação em âmbito de pós-graduação, quantitativo este bastante significativo, visto que indica uma tendência à continuidade dos estudos após a graduação, possivelmente em resposta às exigências do mercado de trabalho contemporâneo.

Contudo, essa titulação é bastante desigual entre as diversas modalidades apresentadas na entrevista: Pós-graduação, Residência, Mestrado e Doutorado. Quando somadas as profissionais que realizaram algum curso de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), foi constatado que apenas duas entrevistadas (16,67%) realizaram Mestrado, sendo que nenhuma possui doutorado ou pós-doutorado, evidenciando uma possível dificuldade de acesso a esses cursos. Os dados coletados na pesquisa o “Perfil de Assistentes Social do Brasil”, indicou esta tendência apresentando que apenas 7,19% (3.181) cursaram mestrado acadêmico e um percentual ainda mais limitado de 1,80% (799) assistentes sociais cursou doutorado (CFESS, 2022).

Predominantemente oferecidos por instituições públicas, esses programas têm ofertas anuais insuficientes, exigem alta carga horária e, na maioria dos casos, demandam dedicação exclusiva (ou intensa), o que muitas vezes torna a participação inviável, devido à realidade de trabalho da maioria dos profissionais (CFESS, 2022).

Seguindo a análise dos dados de titulação, o alto percentual se apresentou nos cursos de especialização (pós-graduação e residência profissional), que somam 83,33% (dez) das entrevistadas, sendo que entre elas, apenas uma realizou residência profissional²⁵.

Com relação à formação stricto sensu, ambas ocorreram na área do Serviço Social e Políticas Públicas. A mesma realidade não se apresenta nas especializações lato sensu, citadas pelas entrevistadas já que perpassam diversas áreas, como: Criança e adolescente; Terceiro Setor; Direitos Humanos; Educação especial; Gestão Pública; Auditoria; Gestão de pessoas; Assistência Social; Saúde e Políticas públicas/sociais/projetos. A busca por outras áreas de formação “pode indicar tanto o interesse profissional pela interdisciplinaridade, quanto a insuficiente

²⁵ A oferta de Residências Multiprofissionais em Saúde ainda está muito abaixo da demanda, com poucos cursos de Serviço Social incluídos nessas oportunidades, que geralmente ocorrem em Hospitais Universitários. Apesar disso, o Conjunto CFESS-CRESS e a ABEPSS têm se empenhado significativamente em acompanhar, investir e lutar pela ampliação dessas residências (CFESS, 2022).

oferta de cursos pela Área, especialmente no sistema público de ensino” (CFESS, 2022, p.75).

O tópico a seguir, apresentará os dados coletados referente às relações e condições de trabalho das assistentes sociais que compõem o universo da pesquisa ora apresentada.

4.2.3 Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s): relações e Condições de Trabalho de Assistentes Sociais

A profissão de Serviço Social é reconhecida como trabalho e, portanto, integra a divisão sociotécnica. Ao venderem sua força de trabalho em troca de salário, os/as assistentes sociais são identificados como parte da “classe-que-vive-do-trabalho”. Assim, o trabalho torna-se um componente fundamental na formação do ser social (Antunes, 1999). Diante disso, é crucial não apenas compreender as características gerais das assistentes sociais entrevistadas no escopo desta pesquisa, mas também examinar as características das relações e condições de trabalho em que estão inseridas. Essas relações, complexamente entrelaçadas “com as tendências gerais do mundo do trabalho na atual quadra histórica do capitalismo mundializado e financeirizado, a partir do sul global, é tarefa das mais necessárias e desafiadoras” (CFESS, 2022, p. 85).

Este tópico apresentará informações sobre a posse de mais de um trabalho como complementação de renda, a carga horária semanal, o vínculo empregatício como servidoras municipais, a faixa salarial, bem como a quantidade de UBS e ESFs referenciadas a cada assistente social que compõe o universo pesquisado.

Entre as entrevistadas, foi possível identificar que 83,33% possuem apenas um vínculo empregatício na área de Serviço Social, sendo que as dez assistentes sociais que representam este percentual, atuam apenas como servidoras municipais na política municipal de saúde em Maringá. Entre as doze entrevistadas, apenas duas profissionais, possuem outros vínculos na sua área de formação: uma atua como professora universitária no curso de graduação em Serviço Social em instituição de ensino privada (vínculo celetista) e a outra elabora Perícia/Laudo Social ao Poder Judiciário (prestadora de serviço)²⁶. A entrevistada que é professora

²⁶ Esta modalidade se refere ao Cadastro de Auxiliares da Justiça (CAJU) nas unidades do Poder Judiciário do Estado do Paraná, um sistema que permite aos profissionais interessados em atuar

universitária também faz horas extras no CAPS, portanto, a única do universo entrevistado que possui tripla jornada de trabalho.

Os dados apresentados se assemelham aos da pesquisa do CFESS referente ao perfil profissional de assistentes sociais no Brasil, pois identifica que “a maioria expressiva das/os respondentes (31.637) declarou possuir 1 vínculo contratual (71,56%); 10,08% (4.457) possuem 2 vínculos” (2022, p. 85).

No que se refere à realização de outras atividades para complementação de renda, além das duas profissionais já mencionadas, identificou-se mais duas que realizam horas extras na saúde pública municipal. Assim, entre as quatro profissionais que desempenham atividades complementares, três realizam horas extras nas UBS e uma no CAPS.

Apesar da escassez de pesquisas e dados sobre a temática, é possível observar que a situação dos assistentes sociais reflete tendências comuns no mercado de trabalho, como condições precárias e baixos salários (CFESS, 2022). Uma evidência disso é a observação de que “a presença do pluriemprego ou duplo vínculo na categoria profissional tem sido apontada como uma característica decorrente dos baixos salários e rendimentos profissionais” (CFESS, 2022, p. 90). A tendência ao pluriemprego, identificada entre as profissionais que acumulam funções ou vínculos para complementar a renda, expressa um traço típico das novas configurações do mercado de trabalho: a instabilidade e a necessidade de diversificação das fontes de rendimento.

No que diz respeito à jornada de trabalho semanal dos assistentes sociais, observa-se que todas as entrevistadas cumprem 30 horas semanais, em conformidade com a Lei nº 12.317/2010, que modifica a Lei nº 8.662/1993. O artigo 1º dessa lei estabelece que a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar com a adição do artigo 5º-A, que determina: “A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais” (Brasil, 2010).

Das doze profissionais entrevistadas, 25% (ou três) relataram que tiveram sua carga horária ajustada após a sanção da Lei das 30 horas semanais. O artigo 2º da lei reforça essa garantia ao afirmar: “Aos profissionais com contrato de trabalho

como auxiliares da justiça oferecerem seus serviços. Sob outra perspectiva, esse tipo de trabalho isenta o Tribunal de Justiça de constituir uma equipe técnica própria para a execução de atividades na área social, uma vez que se apoia em peritos esporádicos e pontuais, o que acaba por desprofissionalizar e comprometer a qualidade do serviço prestado.

em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário”.

Todas as doze entrevistadas ingressaram no serviço público por meio de concurso. No entanto, elas estão sob regimes de trabalho distintos: 75% estão no regime estatutário, enquanto 25% são celetistas.

O baixo índice de contratação no regime celetista é observado em todo o país. De acordo com o Perfil de Assistentes Sociais, os percentuais variam conforme a região: “(24,26%) nas Regiões Norte (11,25%), Nordeste (15,44%) e Centro Oeste (16,93%); na Região Sul as/os celetistas são 25,61%, próximos da média nacional [...]” (CFESS, 2022, p. 105). Vale destacar que em março de 2024, o município de Maringá realizou um concurso público para preenchimento de vagas para assistentes sociais exclusivamente no regime estatutário.

Em relação à faixa salarial, observa-se uma variação significativa entre as entrevistadas: 33,33% (ou quatro) relatam ter salários entre dois e quatro salários mínimos²⁷; 16,67% (ou duas) recebem entre quatro e seis salários mínimos; 41,67% (ou cinco) têm salários entre seis e oito salários mínimos; e apenas uma entrevistada (8,33%) possui um rendimento mensal superior a dez salários mínimos.

Embora todas as entrevistadas estejam empregadas no setor público, a variação salarial observada resulta do tipo de regime de contrato de trabalho e do tempo de serviço de cada uma. No regime celetista, os salários são ajustados anualmente com base nos índices de inflação. Por outro lado, o regime estatutário oferece vantagens adicionais além do reajuste anual, como planos de carreira que incluem progressões e promoções baseadas no tempo de serviço e na qualificação, além de benefícios relacionados à apresentação de diplomas de cursos e pós-graduações. Portanto, os dados indicam a centralidade do emprego público como espaço privilegiado de inserção profissional, ainda que marcado por desigualdades salariais, múltiplos vínculos e carga de trabalho elevada.

Em relação ao tempo de serviço como servidora municipal na área de saúde, a análise dos dados das entrevistadas revela oito diferentes intervalos de tempo. Entre elas, 25% (ou três) têm 3 anos de trabalho; 16,67% (ou duas) possuem 4 anos; 16,67% (ou duas) têm 10 anos de trabalho; 8,33% (ou uma) conta com 11

²⁷ O salário mínimo vigente na ocasião das entrevistas - Dezembro/2023 e Janeiro/2024 - era de R\$ 1.320,00,

anos; 8,33% (ou uma) possui 13 anos; 8,33% (ou uma) tem 15 anos; 8,33% (ou uma) soma 22 anos; e 8,33% (ou uma) tem 34 anos de trabalho.

Ao cruzar os dados de tempo de serviço com a faixa salarial, observa-se que a profissional com mais tempo de trabalho (34 anos) também está na faixa salarial mais alta (acima de dez salários mínimos). Além disso, destaca-se que cinco das entrevistadas, cujos salários variam entre seis e oito salários mínimos, possuem entre 10 e 22 anos de trabalho no serviço público.

Com relação a quantidade de UBS e ESFs referenciadas a cada assistente social, a análise da distribuição das²⁸ assistentes sociais nas UBS, revelou um cenário complexo. As 10 profissionais dividem suas atividades entre as 35 UBS e 4 UASF, o que resulta em uma demanda significativa por cada profissional. Para facilitar a compreensão dessa dinâmica, segue abaixo, um Quadro que detalha a alocação de cada assistente social nas diferentes unidades.

QUADRO 2

Distribuição do território das assistentes sociais conforme UBS e ESF no município de Maringá-PR

Profissional	UBS / UASF	ESF
IGUAÇU	Iguaçu	3
	Industrial	2
	Universo	3
	Floriano	2
ACLIMAÇÃO	Aclimação	2
	Céu Azul	2
	Paraíso	2
	São Silvestre	2
ZONA SUL	Zona Sul	3
	Cidade Alta	3
MANDACARU	Mandacaru	3
	Vardelina	2
	UASF Thais	1

²⁸ A linguagem de gênero se justifica porque 100% das assistentes sociais são mulheres.

ALVORADA I	Alvorada I	3
	Morangueira	3
ALVORADA III	Alvorada III	4
	UASF Sumaré	1
TUIUTI	Tuiuti	3
	Internorte	2
	Operária	2
REQUIÃO	Requião	3
	UASF Paulista	1
	Parigot de Souza	3
PINHEIROS	Pinheiros	4
	Piatã	2
	Paulino	2
QUEBEC	Quebec	4
	Grevíleas	3
	UASF Dias	1
ZONA 7 ²⁹	Zona 7	3
	Zona 6	3
	Vila Esperança	2
	Maringá Velho	2
IMPÉRIO DO SOL	Império do Sol	3
	Paris	2
	Portal das Torres	2
NEY BRAGA	Ney Braga	3
	Olimpico	3

²⁹ No momento da conclusão desta dissertação - Maio/2025 - os três últimos territórios do Quadro estavam sem assistente social de referência, em razão de uma aposentadoria e dois pedidos de exoneração, sendo: uma exoneração ocorrida no início do segundo semestre de 2024; uma aposentadoria prevista para o final de dezembro de 2024; e uma exoneração ocorrida no final de janeiro de 2025. Embora haja um concurso vigente para assistente social, a vaga decorrente da exoneração de 2024 correspondia a uma profissional concursada especificamente para o programa NASF, o qual não possui mais concurso ativo. Assim, a reposição dessa função somente será possível mediante a criação de uma nova vaga, o que dependerá de decisão e vontade política. As outras duas vagas estão em processo de contratação via concurso público.

	Iguatemi	3
--	----------	---

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Na primeira coluna do Quadro é possível identificar as profissionais e as UBS nas quais está a sua lotação, ou seja, onde elas estão oficialmente designadas para trabalhar. Por uma questão de organização e identificação das ESFs, na segunda coluna a UBS de lotação foi repetida.

É importante destacar que não existe uma obrigatoriedade de que a profissional precise ir semanalmente em todas as UBS de sua referência, sendo que esta definição pode ser variável e a assistente social tem autonomia para tal organização. Cabe destacar que a UBS de lotação é em geral a que dispõe de maiores condições no que tange a infraestrutura e equipamentos para o desenvolvimento do trabalho.

Ressalta-se que a distribuição desigual de UBS e ESF entre os territórios, conforme demonstrado no Quadro 2, decorre de diversos fatores, entre eles as características geográficas de cada região, com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários e reduzir a necessidade de longos deslocamentos.

É importante problematizar, nesse contexto, que o processo de intensificação do trabalho, caracterizado pela multiplicidade de funções e pela sobrecarga decorrente da referência de diversas UBS e ESF a um mesmo profissional, evidencia os limites da capacidade de atendimento e de realização de intervenções qualificadas. Essa dinâmica compromete as condições objetivas do exercício profissional, impactando negativamente na qualidade dos serviços prestados à população usuária.

Nesse sentido, o tópico a seguir apresenta e analisa as características do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais, com base nas respostas das participantes da pesquisa, destacando as demandas, requisições institucionais e ações que permeiam o cotidiano profissional.

4.3 Demandas, requisições e ações profissionais

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica, que exerce uma função especializada através da venda da força de trabalho em troca de um salário, portanto, do trabalho assalariado. Sendo uma especialização dentro

dessa divisão do trabalho, a profissão atende a uma parte das demandas sociais, guiando suas respostas por bases teórico-metodológicas e trazendo implicações ético-políticas (Guerra, 2023).

O trabalho profissional exercido por assistentes sociais, é influenciado diretamente por determinações históricas, estruturais e conjunturais da classe burguesa. Esse trabalho “consiste em uma totalidade de diversas dimensões que se autoimplicam, se autoexplicam e se determinam entre si” (Guerra, 2017, p. 49) para responder à complexidade das demandas próprias do sistema capitalista.

Estando em sistemático processo de totalização, as dimensões que conformam a profissão não são formas fixas, tampouco podem ser consideradas de maneira autônoma, ao contrário, são instâncias interatuantes, ainda que possa haver, em situações determinadas, na realização de determinada competência e/ou atribuição profissional, o predomínio de uma sobre a outra. Tais dimensões, dado o nível de complexidade da própria realidade social na qual o assistente social atua, bem como das sequelas da chamada questão social, as quais fornecem os objetos de intervenção profissional, também se complexificam e se aperfeiçoam, pois é somente assim que a profissão torna-se capaz de dar respostas qualificadas às diferentes e antagônicas demandas que lhe chegam (Guerra, 2017, p. 49).

Para responder às complexas demandas que surgem no cotidiano, a profissão de Serviço Social dispõe de uma dupla natureza - analítica e interventiva -, que se orienta por diversas dimensões fundamentais para o trabalho de assistentes sociais. As três principais³⁰, que serão abordadas a seguir, são: a teórico-metodológica (por que fazer), a ético-política (pra que fazer) e a técnico-operativa (o que e como fazer) (Paula, 2023).

A dimensão teórico-metodológica se refere à base teórica adotada pelo profissional, que possibilita compreender a realidade social e o papel da profissão dentro dessa realidade (Guerra, 2023). Essa dimensão diz respeito

[...] as bases histórico-ontológicas ou as condições histórico-sociais da realidade que fundam a necessidade da profissão em determinando momento da sociedade capitalista no seu estágio monopolista, com todas as suas determinações constitutivas (ver Netto, 1992), bem como as condições que fazem a profissão manter funcionalidade e legitimidade social na sua trajetória histórica e na contemporaneidade (Guerra, 2023, p. 45).

³⁰ Guerra (2023) destaca duas outras dimensões importantes: a investigativa e a formativa. Segundo a autora, a dimensão investigativa está diretamente vinculada à prática interventiva, enquanto a formativa ganha ênfase nas atividades de docência e supervisão de estágio.

Essa dimensão envolve as bases conceituais e as ferramentas analíticas utilizadas por assistentes sociais para compreender e intervir na realidade social, logo, é fundamental reconhecer os fundamentos teórico-metodológicos como a base que sustenta as ideias, os argumentos explicativos e as formas de interpretar tanto a profissão quanto a realidade (Guerra, 2023). Dessa forma, compreender os fundamentos é crucial para revelar e avaliar a crítica ao senso comum (Guerra, 2017).

A dimensão teórico-metodológica nos capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas (Guerra, 2017, p. 63).

Os princípios que orientam a análise e o exercício profissional, estão baseados ou sustentados pelas Teorias Sociais (Guerra, 2023). No entanto, não são todas as fundamentação teórico-metodológica que “consideram válida a análise imanente dos processos sociais, nem todas buscam apreender a objetividade inerente a eles, sua lógica constitutiva [...]” (Guerra, 2023, p. 46). É por esta razão que há interpretações distintas e conflitantes sobre a mesma realidade analisada, assim como sobre a origem, a natureza e o desenvolvimento da profissão de Serviço Social (Guerra, 2023).

Cada dimensão orientativa do trabalho profissional da/o assistente social tem sua importância e, apesar de não haver uma separação de fato entre elas, já que se complementam, cada qual tem suas particularidades.

Neste sentido, pode-se particularizar que é na dimensão técnico-operativa que o exercício profissional se destaca. Por meio dela, a profissão ganha visibilidade social, uma vez que é responsável pela resolução das situações enfrentadas no cotidiano profissional.

A dimensão técnico-operativa vai além da utilização de técnicas e instrumentos; ela abrange uma série de ações e procedimentos utilizados no exercício profissional de assistentes sociais, com o objetivo de atingir uma determinada finalidade, além de incluir a avaliação sistemática do cumprimento dessas finalidades e objetivos da ação (Santos, Souza Filho, Backx, 2017). Neste sentido, a referida dimensão não pode ser restrita apenas ao instrumental técnico-operativo, visto que contempla

[...] estratégias, táticas, instrumentos e técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura profissional e institucional, particularidades dos contextos organizacionais. Reduzir a dimensão técnico-operativa ao instrumental técnico-operativo significa, portanto, reduzi-la a um estatuto meramente formal, compatível com os ditames da racionalidade burguesa (Santos, Souza Filho, Backx, 2017, p. 29).

Destarte, a dimensão técnico-operativa é constituída de diversos elementos que dão a direção social do fazer profissional. De acordo com Guerra (2017), “é no desenvolvimento da dimensão técnico-operativa que o profissional constrói, reproduz códigos de orientação e um conjunto de valores e normas” (p. 52).

As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa estão inter-relacionadas e se complementam mutuamente, de modo que abordar as particularidades de uma implica, necessariamente, tratar das três ao mesmo tempo. Em outras palavras, embora o foco esteja na dimensão técnico-operativa, as demais estarão presentes de alguma forma.

“Assim, a definição sobre *o que* e *como* fazer tem que ser articulada ao *por que* fazer (significado social do profissional e sua funcionalidade ou não ao padrão dominante), ao *para que* fazer (indicando as finalidades/teleologia do sujeito profissional) e ao *com o que* fazer (com que meios, recursos e através de que mediações ou sistema(s) de mediações)” (Guerra, 2017, p. 53).

No exercício profissional a dimensão técnico-operativa se torna evidente, no cumprimento das atribuições e competências, destacando-se de forma autônoma em relação às demais.

É na realização das suas atribuições e competências que a dimensão técnico-operativa não apenas se explicita como aparece de forma autonomizada das demais. Não obstante, todo fazer precisa de um conhecimento existente e requisita um novo conhecimento. Necessita de um conjunto de pressupostos e orientações não apenas de natureza teórica, mas, também, baseado em outros tipos de saberes instrumentais e na experiência, que nem pode ser descartada tampouco venerada (Guerra, 2017, p. 68).

Para compreender a dupla natureza analítica e interventiva, é preciso entender as demandas e requisições. Desvelar o cotidiano é um passo intelectualmente necessário para problematizar a concepção instrumental da

intervenção profissional, que a vê como um conjunto de técnicas e procedimentos metodológicos (Guerra, 2017).

Considerando os pressupostos já delineados, nos próximos tópicos serão apresentados os dados empíricos da pesquisa com o objetivo de identificar as demandas, requisições e ações profissionais desenvolvidas pelas assistentes sociais que trabalham nas UBS no município de Maringá. A análise destes dados será realizada à luz de uma fundamentação teórica.

4.3.1 Demandas e requisições

Em termos de conceito, a palavra demanda significa procura, solicitação, necessidade ou exigência de algo (Guerra et al., 2016).

O termo requisição se assemelha ao significado de demanda e em algumas definições são compreendidos como sinônimos. Segundo a definição de Guerra et.al (2016), requisições significa “requerimento, solicitação ou pedido. Ação, ato ou efeito de requisitar; sinônimo de pedido e também utilizada no sentido de uma exigência legal: fazer requisição de material ou de reclamação” (p. 6).

Os diferentes tipos de demandas e requisições³¹ que se apresentam no cotidiano profissional do/a assistente social, variam conforme o local, a política social, o programa ou a instituição em que trabalham, podendo partir da instituição empregadora, da profissão e/ou dos/as pacientes. Independente da origem, elas surgem das necessidades sociais das classes e são posteriormente institucionalizadas, tornando-se em requisições formais no cotidiano profissional (Guerra et al, 2016).

[...] as demandas das classes sociais põem e repõem objetos para o Serviço Social. Estes encontram-se inscritos nas condições sociais das classes e por isso são, de um lado, históricos, transitórios, encerram continuidades e rupturas e, de outro, ou não extrapolam o limite material ou mantêm-se no nível das necessidades imediatas. Tais demandas convertem-se em requisições profissionais, cujo atendimento requer a mobilização de um determinado nível de racionalidade, de uma parte; limitam e determinam as funções profissionais, de outra (Guerra, 1995, p. 199).

³¹ Embora demandas e requisições não possam ser tomadas como sinônimos, elas estabelecem entre si uma relação orgânica, por isto justifica-se serem usadas juntas no texto.

Neste sentido, pode-se dizer que as demandas e as requisições não se apresentam de forma neutra, pois refletem disputas de classes e interesses sociais. Portanto, não podem ser entendidas isoladamente, pois são o resultado de processos históricos e sociais que direcionam a natureza interventiva do trabalho do/a assistente social (Guerra, 1995).

De acordo com Alves e Miotto (2020), no campo da saúde, a demanda social é frequentemente mediada pela presença do “social”, conceito polissêmico e dinâmico, que assume centralidade no momento em que as equipes multiprofissionais identificam situações que extrapolam o cuidado clínico. Trata-se, por exemplo, de contextos de vulnerabilidade familiar, ausência de rede de apoio, dificuldades socioeconômicas ou histórico de violências, situações essas, lidas como “casos sociais” e muitas vezes encaminhadas ao Serviço Social.

A demanda social representa um elemento estruturante no trabalho dos assistentes sociais, especialmente nos contextos institucionais e multidisciplinares, como os serviços de saúde, não se resumindo a uma solicitação direta, mas expressa-se como parte de um processo mais amplo, atravessado por relações sociais, institucionais, históricas e políticas (Alves; Miotto, 2020).

Para a análise das respostas dos sujeitos de pesquisa, este trabalho tomará como referência os estudos de Costa (2000) e da publicação do CFESS, intitulada “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (2010).

A referida autora apresenta alguns eixos de inserção do trabalho profissional realizado pelos/as assistentes sociais, relacionados com as ações / requisições³², sendo eles: ações de natureza emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social (Costa, 2000).

As demandas e requisições de natureza emergencial, indicam uma atividade que precisa ser resolvida de forma célere. No cotidiano profissional,

se expressam nas atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc.

³² Como mencionado, o texto de Costa (2000) será tomado como referência, portanto, a autora do trabalho aqui apresentado, utilizará a referência ao termo “demanda” e “requisição” correlacionando com os eixos de Costa.

Demandam a mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde (Costa, 2000, p. 13).

Tais demandas se constituem como respostas a emergências sociais, comumente relacionadas às precárias condições de vida da população e ao déficit de oferta de serviços de saúde e de outras políticas sociais, que interferem no processo saúde-doença e no acesso aos serviços. Devido à incapacidade dos mecanismos institucionais existentes de absorvê-las rotineiramente, tais emergências são tratadas como situações excepcionais (Costa, 2000).

Os Parâmetros, identifica estas emergenciais sociais como “ações socioassistenciais”, considerando-as como as principais demandas do trabalho profissional de assistentes sociais, que se apresentam relacionadas a falta de acesso a determinados atendimentos ou serviços (consultas, exames, medicamentos), ausência de condições para custear medicações, exames bem como, o transporte para os tratamentos de saúde (CFESS, 2010).

Partindo para o eixo educação, informação e comunicação em saúde, pode-se dizer que estas demandas e requisições tratam de orientação a usuários, famílias e a comunidade para a solução de problemas de saúde, através de orientações individuais e coletivas. Conforme Costa (2000),

Estas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na solução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias. Na atualidade, podemos acrescentar o desenvolvendo de ações estratégicas de comunicação em saúde com o objetivo de facilitar a comunicação interna entre unidades da rede SUS, setores e profissionais, bem como a comunicação entre serviço e usuários / sociedade com vistas à qualificação e humanização da atenção [...] (p. 13).

Estas demandas e requisições são de natureza socioeducativa e se relacionam a garantia de acesso dos/as usuários/as a informações sobre seus direitos, acesso a prontuário e aos serviços disponíveis; fortalecimento da participação coletiva na gestão e melhoria dos serviços, entre outros (Costa, 2000).

No documento Parâmetros de Atuação (CFESS, 2010), esta demanda aparece com a nomenclatura “ações socioeducativas”, podendo também ser entendidas como “educação em saúde”. O referido documento, conceitua como “orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de

abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p. 54).

O eixo de planejamento e assessoria é responsável por mediar processos de trabalho envolvendo usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde, sendo exemplos de atividades:

[...] elaboração dos planos municipais de saúde, programas e projetos, bem como assessoria ao planejamento local das unidades de saúde, envolvendo os processo de programação das ações e atividades de educação em saúde, vigilância alimentar, epidemiológica e sanitária; e mais recentemente amplia-se a formação de equipes para participar de processos de monitoramento, e avaliação das ações, programas e projetos, bem como integrando equipes de treinamento, preparação e formação de recursos humanos, cujas atividades são voltadas para a capacitação de trabalhadores da saúde, lideranças e representações da comunidade, chefias intermediárias, etc. (Costa, 2000, p. 13).

O planejamento e a assessoria visam a instrumentalização de equipes, qualificando os profissionais nas unidades, que podem atuar como monitores, instrutores e articuladores em reuniões e treinamentos sobre novos sistemas de registro e controle de produtividade (Costa, 2000).

Os Parâmetros de atuação (2010) apresentam dois eixos que se articulam com o eixo de planejamento e assessoria apresentado por Costa (2000), sendo eles: investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro eixo mencionado,

[...] envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010, p. 60).

O referido eixo destaca a importância do/a assistente social em espaços não apenas de planejamento, mas de gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. “A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social” (CFESS, 2010, p. 61).

Além disso, a investigação tem como objetivo subsidiar o planejamento do Serviço Social e as políticas de saúde, desde o nível local até o nacional (CFESS, 2010).

O eixo assessoria, qualificação e formação profissional, de acordo com o documento dos Parâmetros, define a assessoria como “uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la” (CFESS, 2010, p. 64), e a demanda de qualificação e formação profissional como

aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes [...] (CFESS, 2010, p. 63).

Por fim, o eixo relacionado às demandas e requisições de mobilização e participação social, se relaciona ao processo de engajamento e organização da população em torno de temáticas relacionadas à saúde, bem como, envolve o incentivo de participação da sociedade civil nos espaços de decisão e gestão das políticas de saúde. São exemplos deste eixo:

ações educativas, voltadas para a sensibilização, articulação e mobilização da comunidade no sentido de explicar e convocar usuários e trabalhadores do SUS à participarem dos processos de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde no âmbito local (das unidades de saúde), distritos sanitários, municipal e estadual, especialmente com o propósito de articular o engajamento de lideranças tanto em relação a participação nos referidos conselhos, quanto na organização de trabalhos educativos voltados para a prevenção e o controle de doenças, principalmente endemias e epidemias. Nesse sentido, constituem atividades de cunho político-organizativo e sócio-educativo (Costa, 2000, p. 13).

Portanto, as demandas e requisições relacionadas a este eixo, objetivam fortalecer a organização da população e dos usuários como atores políticos, capazes de influenciar a agenda pública da saúde com suas reivindicações (CFESS, 2010).

Conforme os Parâmetros (2010), outros ponto de destaque na mobilização e participação social,

refere-se à articulação com movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns e/ou conselhos como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais (CFESS, p. 58).

Partindo da conceituação dos eixos acima descritos, os Quadros apresentados a seguir, se relacionam às demandas e requisições informadas pelas assistentes sociais que trabalham nas UBS em Maringá-Pr, através da coleta de dados da pesquisa ora apresentada. Na análise das respostas, foi possível a identificação apenas de dois eixos fundamentados em Costa (2000), sendo: demandas de natureza emergencial assistencial e demandas de educação, informação e comunicação em saúde.

QUADRO 3

Demandas de natureza emergencial assistencial

1	Exame não padronizado, medicação de alto custo, planejamentos familiares, benefício eventual.
2	Protocolo de atendimento de medicamentos não padronizados, dieta enteral, exames não padronizados.
3	Protocolo de dispensação de fórmula infantil e de dieta industrializada, medicamentos não padronizados, exames não padronizados.
4	Protocolos, laqueadura e vasectomia, fórmula infantil, medicamentos.
5	Protocolos para consultas e exames especializados que não são liberados no SUS, medicamentos, fórmula infantil especial, dieta enteral industrializada, distribuição do vale-transporte.
6	Planejamento familiar, exames não padronizados, dieta enteral, fórmula alimentar infantil, medicamentos não padronizados.
7	Fórmula ou dieta enteral, medicação.
8	Medicamento, exame, demandas relacionadas à violação de direito.
9	Medicamento não padronizado, planejamento familiar, fórmulas alimentar, dieta enteral.
10	Dispensação de fórmula infantil, dieta enteral industrializada, exames não padronizados, planejamento familiar e medicamentos.
11	Sem resposta ³³ .
12	Exame, laqueadura, planejamento familiar, medicação, fórmula infantil, dieta enteral.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

³³ Entrevistada não apresentou resposta relacionada ao eixo “demandas de natureza emergencial assistencial”.

QUADRO 4
Requisições de natureza emergencial assistencial

1	Exame não padronizado.
2	Exames não padronizados e medicamentos não padronizados.
3	Casos de violência que a instituição solicita, visita domiciliares e acompanhamentos e os protocolos.
4	Exame não padronizado, demanda do Conselho Tutelar de falta escolar.
5	Medicação, exames não padronizados pelo SUS, laqueadura fora do parto, laqueadura na hora do parto, vasectomia, fórmula, fórmula infantil especial e a dieta enteral industrializada.
6	Planejamento familiar, laqueadura e vasectomia, processos de exames não padronizados, dieta, fórmula alimentar infantil e medicamentos.
7	Leite, vale-transporte, solicitação de exames, que não tem no sistema gestor de informação, visitas domiciliares, planejamento familiar, requisições de reuniões, de participar de palestras, de capacitação, reuniões da Promotoria, de algumas comissões.
8	Dieta enteral, laqueadura e vasectomia, fórmula infantil, medicamentos e exames, que não estão disponíveis no SUS.
9	Órtese e prótese, aparelho de sobrevida.
10	Dieta enteral e da fórmula infantil, exames que não são padronizados.
11	Exames, consultas especializadas que demoram pra sair.
12	Solicitações de visita do Ministério Público, conselho tutelar, das equipes para realização de visitas domiciliares.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Para iniciar a análise das demandas e requisições apresentadas no Quadro acima, é preciso mencionar que elas reafirmam o que historicamente se diz sobre as políticas sociais quanto às respostas às demandas da população, as quais se apresentam de forma fragmentada e individualizada, através do trabalho do/a assistente social que se dá de forma prescritiva, normatizada (e normalizada!), pautada em inúmeros “protocolos” que acabam direcionando o trabalho do/a referido/a profissional.

Além disso, é possível observar que as respostas nos Quadros 3 e 4 se repetem, revelando a dinamicidade entre os conceitos de demandas e requisições. Refletir sobre estes conceitos, é pensar na noção central que organiza tanto a construção do conhecimento no Serviço Social, quanto o cotidiano profissional de trabalho (Alves; Mioto, 2020), podendo assumir diferentes formas.

Com isso, com frequência é possível observar que é empregado de forma dinâmica: pode designar a própria matéria-objeto de intervenção do assistente social (a violência, o desemprego, a pobreza, por exemplo), mas, por outro lado, pode indicar as práticas de requisição (sociais, institucionais e interprofissionais) de trabalho do assistente social nos diferentes espaços de atuação (Alves; Mioto, 2020, p. 5).

Essa sobreposição de sentidos revela o quanto as demandas e as requisições estão imbricadas nas dinâmicas de poder, divisão técnica do trabalho e expectativas institucionais, sendo que tanto a matéria de intervenção quanto às práticas de requisição profissional são entendidas como manifestações de um mesmo processo inseparável, fundamentado no reconhecimento da capacidade dos profissionais em responder e atuar diante de determinadas necessidades. (Alves; Mioto, 2020).

Os chamados “protocolos” referenciados em quase todas as respostas, se referem a demandas/requisições advindas da instituição empregadora, neste caso a Secretaria Municipal de Saúde, visto que se relacionam a solicitação de algo entendido como direito (Guerra et al., 2016). As demandas/requisições relacionadas ao protocolo são: medicamentos não padronizados pela rede pública municipal ou estadual de saúde; procedimentos e exames não padronizados pela rede pública municipal; programa de dispensação de fórmula infantil, utilizado por crianças de até 2 anos de idade que possuem alguma patologia que contra-indica a amamentação ou diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca (APLV); terapia de nutrição enteral domiciliar, para pacientes em uso de sonda para se alimentar decorrente de algum agravo de saúde; planejamento familiar que engloba laqueadura e vasectomia eletiva e laqueadura no parto e vale-transporte.

Essas demandas e requisições são o que direcionam a maioria dos atendimentos realizados nas UBS pelas assistentes sociais. Infere-se, em consonância com os Parâmetros (2010) e com a análise do Quadro subsequente (ações profissionais), que tais demandas e requisições configuram-se como as mais frequentes na atuação do/a assistente social nas UBS.

Cabe destacar que ao longo dos anos da trajetória sócio histórica do Serviço Social na saúde muitas mudanças aconteceram no âmbito do país e conseqüentemente a nível de cidade, porém, a organização do trabalho permanece o mesmo. Em Maringá não foi diferente, basta retomarmos o tópico 3.2.2 desta

dissertação que fala sobre a história do Serviço Social na política de saúde e comparar com as respostas aqui apresentadas. Como exemplo, pode-se observar que desde então, o/a assistente social permanece fazendo atendimentos relacionados a exames especializados e cirurgias eletivas. Esta característica vai ao encontro dos resultados identificados na pesquisa de Vasconcelos (2001), nas palavras da autora,

Independente das mudanças ocorridas no âmbito dos serviços de saúde e na qualidade de vida e saúde da população usuária - o que certamente ocasionaram mudanças nas demandas dirigidas ao Serviço Social e na própria dinâmica institucional - o Serviço Social tem mantido a estrutura de sua organização, por anos (p. 5).

Onze entrevistadas no Quadro 3 e dez no Quadro 4 apontam os protocolos como demandas e requisições de natureza emergencial assistencial frequentes nas UBS. Essa percepção, alinhada com Costa (2000), implica em condições adversas ao processo saúde-doença e ao acesso aos serviços, evidenciando a não absorção rotineira dessas demandas/requisições pelos serviços da política de saúde

As referidas demandas e requisições são originárias do próprio sistema capitalista e de suas determinações sociais, haja vista que a política social de saúde não dá conta de respondê-las. De acordo com Bezerra e Araújo, nota-se “um deslocamento cada vez maior das demandas da esfera do atendimento para a esfera do não-atendimento, isto é, um aumento no volume das demandas decorrentes da impossibilidade de acesso às políticas públicas” (2007, p. 205).

Com relação aos medicamentos o/a assistente social realiza o encaminhamento do pedido para a Comissão Permanente para Análise e Liberação de Medicamentos e Serviços (COPALMES) que irá avaliar se o fornecimento do medicamento é devido para aquele/a paciente.

Nas situações em que o usuário necessita de medicamentos que não estão incluídos na RENAME ou REMUME³⁴, após esgotadas todas as possibilidades de tratamento com medicamentos já padronizados e disponíveis nas Unidades básicas de saúde ou 15ª Regional de Saúde, o usuário pode solicitar estes medicamentos via Comissão Permanente para

³⁴ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista de medicamentos essenciais, utilizada pelo SUS para disponibilizar os medicamentos necessários à população, seguindo as orientações da OMS para promover o acesso e o uso racional de medicamentos. Já a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) se refere aos medicamentos disponibilizados pelo município de forma complementar aos medicamentos de componente básico dispensados pelas farmácias das UBSs e demais serviços de saúde (CAPS, hospitais, entre outros).

Análise e Liberação de Medicamentos e Serviços (COPALMES) (Maringá, 2024, p. 28).

Nos casos de esgotamento de todas as possibilidades, é que entra o encaminhamento a COPALMES via Serviço Social da UBS. Através do relatório social elaborado pelo/a assistente social a referida comissão irá avaliar a condição “socioeconômica familiar”, situação esta que, somada ao histórico clínico do/a paciente na saúde pública, tanto com relação a atendimentos como na utilização das medicações que são padronizadas, definirá o fornecimento ou não da referida medicação. Observa-se que não é o princípio do direito à saúde que determinará o acesso e sim a condição socioeconômica, somado a patologia e a oferta de tratamento medicamentoso já disponível no rol de medicamentos da RENAME e REMUME.

Esta suposta “seleção socioeconômica” é advinda do projeto privatista de saúde, onde as práticas individuais imperam sobre as coletivas (CFESS, 2010).

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais (CFESS, 2010, p. 43).

A avaliação socioeconômica no âmbito das políticas públicas de saúde, deve ser compreendida dentro de um contexto mais amplo de disputa de projetos societários. Quando utilizada com um viés excludente, como critério de seleção socioeconômica, essa prática acaba se alinhando a uma lógica privatista e seletiva, que contradiz os princípios de universalidade e equidade que norteiam o SUS. Portanto, o estudo socioeconômico deve subsidiar o trabalho do/a assistente social na perspectiva de acesso a direitos, e não como instrumento para obstruir o acesso a serviços ou benefícios da política de saúde.

Com relação aos procedimentos e exames, a definição de liberação/agendamento do que é solicitado via saúde pública municipal, é meramente pelo fato de possuir ou não prestador de serviço para o que está sendo demandado, não existindo portanto, a necessidade da elaboração de um relatório social. O trabalho do/a assistente social é reunir as documentações solicitadas e encaminhar ao setor responsável, ou seja, uma demanda meramente administrativa

e que, embora se apresente diretamente por parte do/a usuário/a da política de saúde, indiretamente é uma demanda institucional, já que não existe uma prerrogativa que justifique a necessidade de realização de atendimento/encaminhamento via Serviço Social da UBS³⁵.

Com relação às demandas e requisições relacionadas ao programa de dispensação de fórmula infantil e terapia de nutrição enteral domiciliar,

Compete a/o assistente social, analisar a documentação apresentada, realizar entrevista social, emitir relatório técnico (anexo I) e, posteriormente, enviar o processo, via malote, à Comissão de Suporte Nutricional da Secretaria de Saúde para análise e parecer (Maringá, 2024, p. 31).

As assistentes sociais seguem um modelo que direciona quanto às principais informações que devem constar no relatório para dar embasamento de análise à comissão. Neste modelo, existem campos abertos para que a profissional consiga incluir outras informações que julgar necessário, conforme cada situação apresentada.

É importante destacar que para estas duas situações, a condição econômica/financeira da família é critério para definição da quantidade de fórmula e dieta fornecida mensalmente, embora isto não esteja descrito em seus protocolos de instrução³⁶. Portanto, também neste “protocolo” a seleção socioeconômica é utilizada como instrumento de controle ou contenção da demanda.

Por fim, com relação aos citados protocolos, tem-se o planejamento familiar. A solicitação de laqueadura (eletiva ou no parto) e vasectomia se inicia com profissionais da ESF (médico/a e enfermeiro/a).

Após o fornecimento dos esclarecimentos relativos aos métodos contraceptivos disponíveis na rede pública municipal, o usuário(a) deverá ser avaliado pela equipe de saúde da UBS que irá iniciar a confecção dos documentos necessários para a solicitação de Vasectomias e Laqueaduras Eletivas [...] (Maringá, 2024, p. 34).

Na sequência o/a paciente passa por atendimento com profissional de psicologia e por fim, com o/a assistente social, que tem como função analisar se a

³⁵ Esta temática será novamente abordada quando forem analisadas as perguntas e respostas relacionadas às demandas indevidas que se apresentam o/a assistente social na UBS.

³⁶ Existe um protocolo clínico para a dispensação de dieta enteral e fórmula infantil especial revisado em 2022, porém, não foi localizado o endereço eletrônico de publicação dos mesmos.

documentação está correta, conforme o protocolo de Planejamento Familiar (definido à nível de estado) e emitir um “relatório técnico”, que conste a informação que foram apresentados os documentos necessários, que o/a paciente está apto conforme critérios da Lei Federal que norteia as solicitações de planejamento familiar e por fim, o/ assistente social emite o “parecer favorável” quanto ao procedimento solicitado.

Nota-se que não existe uma natureza educativa desenvolvida pela assistente social no que compete ao planejamento familiar. O/a paciente chega ao Serviço Social da UBS na última etapa do processo, cabendo a este/a profissional uma ação administrativa de conferência documental, encaminhamento ao setor responsável e elaboração de um “parecer” que não expressa relevância nesta solicitação.

Em relação à concessão do vale-transporte, observou-se a presença de duas respostas: uma registrada no Quadro de demandas e outra no de requisições. A entrevistada 5 menciona que está “fazendo atendimento à distribuição do Vale-Transporte, que foi uma solicitação do diretor para poder ajudar”, logo, atendendo a uma demanda/requisição institucional³⁷.

Entrando em outro eixo de análise, algumas respostas apresentam demandas de cunho de educação, informação e comunicação (Costa, 2000). Estas se referem a orientação individual ou coletiva a usuários, famílias e a comunidade.

QUADRO 5

Educação, informação e comunicação em saúde

1	Orientação com a equipe; orientação de leitura de processos; orientações para os pacientes sobre benefício eventual.
2	Demanda de acompanhamento, situações em que a gente precisa de mediação com a rede de serviços, mediações que a gente precisa de acompanhar mesmo aquela família, dando suporte à Equipe Saúde da Família.
3	Demanda do Ministério Público, demandas jurídicas, que vêm através do SEI ³⁸ , é o maior tipo de demanda; violência contra o idoso, é uma demanda bastante crescente.
4	Situações de apoio à equipe; atendimento de famílias, de idosos.
5	Situações de <u>violência, negligência</u> , com o idoso; vem muitas famílias pedindo orientações pra familiares com dependência química, familiares com transtorno mental.

³⁷ Na análise do Quadro 6 “Atividades que não se caracterizam como competência ou atribuição profissional”, será retomada a temática sobre a referida demanda/requisição.

³⁸ O Sistema Eletrônico de Informações - SEI é a ferramenta oficial utilizada pelo órgão público municipal, para a gestão de documentos e processos de forma eletrônica.

6	Demandas de <u>vulnerabilidade social</u> ; de <u>questões familiares, principalmente relacionadas a pessoas idosas</u> , crianças, saúde mental.
7	Atendimentos individuais, atendimentos familiares; relatórios que a gente tem que fazer respondendo via SEI, que é o sistema de informação; busca ativa das famílias, verificação de algumas situações; acompanhamento.
8	Demandas relacionadas à <u>violação de direito</u> ; situações relacionadas à <u>violência</u> contra idoso, violência contra mulher, violência contra criança.
9	Encaminhamento de visita para <u>negligência</u> , infelizmente em alta demanda.
10	As questões de <u>violência</u> a vários segmentos, mulher, idoso, criança, para acompanhamento mesmo desses casos e encaminhamento para a rede.
11	<u>Idosos</u> , crianças, gestantes, moradores de situação de rua.
12	Demandas, que às vezes a pessoa chega com dúvida e acaba procurando o Serviço Social, porque a UBS manda pra gente.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Neste sentido, é possível caracterizar esta demanda nas respostas das doze entrevistadas, que aparecem com a palavra “orientação”, “mediação” e “acompanhamento”.

Com relação ao atendimento a situações de violência ou violação de direitos, sete respostas apresentaram a palavra violação de direito, violência ou negligência, com ênfase em situações relacionadas à pessoa idosa. Outras três respostas não mencionaram diretamente tais palavras, no entanto, referiram-se a situações de atendimento/orientação relacionados à pessoa idosa.

Nestas situações de violência é importante destacar que cabe a toda a equipe a notificação e/ou comunicação dos fatos³⁹, sendo que o/a assistente social,

deve colaborar nessa ação, mas não é atribuição privativa do mesmo. Cabe ao profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar os encaminhamentos necessários (CFESS, 2010, p. 51).

Em uma das respostas coletadas, foi dado ênfase na complexificação das demandas ao Serviço Social na UBS, relacionado a intensificação das expressões

³⁹ A referência a notificação diz respeito ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é um sistema de saúde que recolhe, transmite e analisa dados sobre doenças e agravos à saúde, dentre elas a violência, se referindo especificamente a dados epidemiológicos. Já a comunicação se relaciona ao relato dos fatos de suposta violência, que deverá ser encaminhado aos órgãos conforme público com direitos violados ou fragilizados (defensoria, promotorias, CREAS, dentre outros).

da questão social, como já mencionado, fruto de um desmonte das políticas públicas no capitalismo monopolista.

Então não sei se é porque efetivamente né, as expressões da questão social, elas vão ficando mais agravadas ou se é porque, e é também porque houve uma redução entre políticas públicas, né? Nós tamo sentindo na pele a redução da falta de serviços, da falta de pessoas para cumprir serviços. [...] as demandas vêm muito complexas, os casos vêm cada vez mais agravados, assim, umas situações difíceis. E aí você não tem o que oferecer pra pessoa porque você não tem serviço, né? Tem muito pouco serviço. Na verdade, as políticas públicas são muito fragilizadas e as famílias é que acabam sofrendo essa, a repercussão de tudo isso. A falta de acesso, né? [...] (Entrevistada 6).

Observa-se uma reconfiguração das demandas existentes partindo de um conjunto de determinações, seja por sua complexificação, pela disparidade entre a diminuição da oferta de serviços e o aumento da procura, quanto pela reestruturação dos serviços públicos (Bezerra; Araújo, 2007), que impactam diretamente na falta de acesso, logo, em demandas e requisições para o Serviço Social.

Nos Quadros acima apresentados (3, 4 e 5), as demandas e requisições chegam ao Serviço Social das UBS por procura espontânea, por encaminhamentos internos de outros profissionais da saúde ou por encaminhamentos externos de outros serviços da rede de atendimento, não sendo apenas da política de saúde.

Segundo Vasconcelos (2001), a organização do trabalho do Serviço Social na saúde, independente do nível de complexidade, quase sempre é organizado em forma de “plantão”. É possível que ao se deparar com a palavra ‘plantão’ automaticamente a referência seja a serviços de alta complexidade como hospitais e UPAs. No entanto, a autora (2001) conceitua da seguinte maneira,

O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais/funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, Recepção, Marcação de Consultas, assistentes sociais de outras unidades, etc.) ou pelos assistentes sociais que realizam outras atividades - geralmente relacionadas aos Programas - no interior da própria unidade de saúde (p. 5).

É importante destacar que as demandas/requisições acima apresentadas, se caracterizam com o conceito de plantão da autora, com exceção da menção sobre o espaço físico precário, assunto este que será debatido em tópicos subsequentes deste trabalho.

Nota-se que estes atendimentos nas UBS, na sua maioria⁴⁰ são realizados de forma isolada, visando resolver problemas pontuais, sem um planejamento ou reflexão prévia. A profissional, ao iniciar o atendimento, desconhece a demanda do/a paciente, descobrindo-a apenas no decorrer do mesmo.

Desta forma, pode-se inferir que em quase todos os atendimentos, às demandas e requisições emergencial assistencial e as de educação, informação e comunicação em saúde, apresentam em suma, as seguintes particularidades:

- Atendimento individual, realizado através de uma única entrevista, sendo raros os retornos objetivando a continuidade ou acompanhamento da demanda apresentada;
- Atendimento à demanda espontânea/livre, à demanda encaminhada pelos demais profissionais e/ou serviços da unidade de saúde e encaminhada por outras instituições;
- O assistente social no plantão realiza basicamente orientações (previdenciária, acidente de trabalho, programas assistenciais), encaminhamentos (para recursos internos da unidade - inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas, para recursos da comunidade/ou institucionais - bolsas de alimento, passagem gratuita, recursos assistenciais, exames de alta complexidade, asilamento, casas de apoio), e em alguns casos aconselhamento/apoio. Estas ações resultam numa atenção que não tem continuidade nem interna nem externa a unidade de saúde;
- Algumas solicitações de recursos materiais são atendidas quando o assistente social “distribui/repassa” ou possibilita acesso a alguns recursos (medicamentos, preservativos, bolsas de alimento, órteses, próteses, etc), solicitações, em sua maioria, resultantes do atendimento nos Projetos ou Programas existentes na unidade de saúde. [...]
- O plantão não é planejado, sistematizado nem avaliado nas suas conseqüências; assim, não conta com quantificação estatística dos atendimentos objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade; conseqüentemente, não conta com observação/análise/avaliação sistemática do seu processo;
- Constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s) [...] (Vasconcelos, 2001, p. 8/9).

⁴⁰ Cabe destacar que nos atendimentos relacionados a algum tipo de violência, quando encaminhados de forma interna ou externa (não por procura espontânea) a assistente social costuma tomar conhecimento prévio da situação através de reuniões, conversas com outros profissionais, consulta a prontuário, entre outras ações.

Neste sentido, conforme Vasconcelos (2001), no chamado “plantão”, o trabalho das assistentes sociais entrevistadas, restringe-se a procedimentos burocráticos, em detrimento do atendimento assistencial, priorizando respostas a demandas por informações e orientações pontuais, em detrimento de recursos materiais, capacitação e organização. Tal prática, ao seguir mecanicamente normas e priorizar o preenchimento de formulários, referenda a burocratização e obstaculiza o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social. O atendimento de necessidades imediatas de forma isolada, contribui para impedir a capacitação, o controle social, a organização política e a democratização de informações.

No Quadro a seguir, os sujeitos da pesquisa foram questionados se acreditavam exercer atividades que não se caracterizam como competência ou atribuição profissional.

QUADRO 6

Atividades que não se caracterizam como competência ou atribuição profissional

1	Planejamento familiar; exames não padronizados.
2	Exames que não é padronizado pelo SUS. Em algumas situações eu sou chamada para fazer atas.
3	Medicamentos e exames não padronizados pelo SUS.
4	Exames não padronizados, elaboração de respostas nos serviços, nos escritórios, para a equipe, principalmente para a direção.
5	Exames que não são liberados via SUS e distribuir o vale- transporte.
6	Exames não padronizados.
7	Entrega do vale-transporte; exames e fila de espera de consultas.
8	Exames; quando chega uma negativa; agendamento de pacientes que estão na fila pra uma consulta.
9	Exames, fila de espera para atribuir prioridade; negligência de idoso que entraria como, colocando o profissional como agente de polícia.
10	Planejamento familiar; protocolo de exames.
11	Entrega de vale-transporte, avaliar, exames e fila de espera de consultas especializadas.
12	Exames não padronizados.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Sabe-se que historicamente a profissão de Serviço Social atende a demandas/requisições indevidas por diferentes razões. Dentre elas, o uso do/a

assistente social para “selecionar” quem pode ou não acessar serviços, através de avaliações socioeconômicas enviesadas ou distorcidas, que limitam o acesso a direitos. Também por desconhecimento por parte de outros profissionais, gestores ou mesmo da população usuária, sobre o real campo de atuação do Serviço Social ou pela visão assistencialista da profissão vista como ajuda ou caridade. Uma das entrevistadas destaca uma destas causas, justificando que

[...] falta realmente entendimento de quais são as reais atribuições do profissional, o que acarreta no cumprimento de alguns protocolos que não tem a obrigatoriedade de passar pelo profissional, assistente social (Entrevistada 3).

Partindo da análise das respostas do Quadro 6, é possível compreender que várias demandas/requisições atendidas por elas, foram destinadas ao Serviço Social no início da inserção da profissão na política de saúde em Maringá, como descrito no tópico 3.2.2 deste trabalho. São exemplos, as demandas/requisições referente a consultas especializadas, exames e cirurgia eletiva.

Como já mencionado por Vasconcelos (2001), não obstante as modificações ocorridas no âmbito dos serviços de saúde e na qualidade de vida da população usuária, que certamente acarretam alterações nas demandas/requisições dirigidas ao Serviço Social e na dinâmica institucional, a estrutura do trabalho do/a assistente social se mantém inalterada em alguns aspectos⁴¹.

Uma das entrevistadas refere que, “infelizmente, hoje, tal qual está instituído o nosso protocolo⁴², nós temos algumas situações que não é especificidade do Serviço Social, mas que a gente é chamado a atuar” (entrevistada 1). Não se tem conhecimento sobre quando o primeiro protocolo de atuação de assistentes sociais na saúde foi elaborado, porém, ele vem sendo reescrito e atualizado de tempo em tempo. A última atualização foi em Dezembro/2024, seguida de uma revisão em Março/2025.

Partindo das respostas apresentadas no Quadro 6, observa-se que todas as entrevistadas destacam o “protocolo” de exame não-padronizado pelo SUS, como

⁴¹ As assistentes sociais das UBS têm questionado o 'protocolo' de exames, buscando sua revisão pela gestão municipal.

⁴² O documento na íntegra encontra-se disponível no endereço eletrônico: <http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/37f09d81098a.pdf>.

uma atividade indevida ao Serviço Social da UBS. Nas falas dos sujeitos da pesquisa, é possível identificar esta reflexão:

São serviços que já não é feito pelo município, ou eles não querem criar um obstáculo ali para o paciente ter acesso e colocou o assistente social no meio disso aí para poder burocratizar o serviço (Entrevistada 1).

Exame não padronizado que a própria Secretaria de Saúde solicita para o Serviço Social, mas a gente identifica que não tem motivo de ser pelo Serviço Social porque é universal. [...] Então, aí fica pra nós, que seria como se fosse um trabalho de secretariado, né? Tipo assim, falar o não pro usuário (Entrevistada 4).

[...] nosso maior gargalo tá aqui, nos exames não padronizados, né? Porque eu entendo que é um protocolo que o Serviço Social não tem uma atuação específica, não é considerado o que o Serviço Social coloca no relatório, né? [...] Qual é a resposta que recebemos? Ou não é prestador de serviço contratualizado ou não faz parte da tabela SIGTAP, ou é, não tem. [...] depois essa demanda, volta para a gente, para o Serviço Social dá ou não. Então a gente tem feito parte deste processo que me incomoda muito nesse sentido, porque a gente fica como uma barreira de acesso ao direito (Entrevistada 6).

[...] Para mim, é mais uma forma de burocratizar para dificultar o acesso do usuário. Isso é uma discussão coletiva, né? As assistentes sociais do município têm esse posicionamento, mas ainda é uma requisição institucional, a gente ainda é solicitada para fazer esse tipo de trabalho, né? (Entrevistada 8).

[...] existe um rol de exames que não consegue de maneira nenhuma e que essa demanda vem pra gente de qualquer forma. Às vezes o usuário vem da secretaria, ele vai até a secretaria, a secretaria sabe que esse exame ainda existe, não há contratualização e mesmo assim encaminha pra gente, pra gente atender sendo que todo mundo já sabe que esse usuário não vai ser atendido na necessidade dele. [...] a gente acaba elaborando um processo para que ele obtenha uma negativa (Entrevistada 10).

As citações indicam que, em vez de facilitar o acesso dos/as pacientes aos serviços, o Serviço Social é utilizado como um mecanismo para burocratizar e dificultar o mesmo. A inserção do/a assistente social no processo parece ter o objetivo de criar barreiras, e não de promover a garantia de direitos.

Em outro trecho de fala, uma entrevistada refere que “[...] existem demandas, requisições institucionais que vêm pra gente de cima pra baixo, que dificultam o acesso ao usuário daquilo que é um direito dele (Entrevistada 10)”. Logo, as assistentes sociais se veem realizando tarefas que não são próprias de sua função, como “falar o não para o usuário” ou elaborar “um processo para que ele obtenha uma negativa”, se sentindo como uma executora de decisões já tomadas.

Outro ponto de destaque nas respostas do Quadro 6 se refere à menção sobre a questão da fila de espera de consultas ou procedimentos especializados. Foi identificado tal demanda/requisição indevida pontuada por quatro assistentes sociais. A entrevistada 8 pontua: “[...] a gente não tem como mexer em fila do SUS e nem é o nosso trabalho. Acho que é um trabalho administrativo”. Nas palavras de outra entrevistada,

[...] às vezes, o paciente chega com a guia na mão falando, olha, eu tô há oito meses na fila, a gente, às vezes, liga na regulação pra ver quanto tempo que ainda vai demorar a consulta, às vezes, eles falam que ainda vai demorar muito, às vezes, a gente até consegue agendar, consegue acelerar e ele sai daqui com a consulta agendada. Porém, qualquer um poderia fazer isso, não é uma atribuição privativa específica do Serviço Social fazer isso (Entrevistada 7).

Dentre as atividades indevidas, destaca-se a concessão de vale-transporte, identificada em três respostas dos sujeitos da pesquisa. Vale destacar que, a concessão deste benefício não implica seleção socioeconômica ou outra condição que requeira uma avaliação de um profissional de nível superior. O critério é o paciente referir que necessita do benefício para o deslocamento até outro serviço de saúde para exame, consulta, tratamento ou atendimento, portanto, é totalmente dispensável que o/a paciente agende um horário com a assistente social, apenas para retirar o vale-transporte, entendendo que por não se tratar de uma demanda qualificada, qualquer servidor/a pode fazê-lo. Pode-se inferir que em quase todas as trinta e cinco UBS, quem realiza a concessão deste benefício é o/a diretor/a da unidade de saúde.

Vale destacar que duas entrevistadas indicaram outras ações de cunho administrativo, diferente das contextualizadas anteriormente na análise do Quadro 3 e 4. No Quadro 6 é apresentada como ação indevida a elaboração de atas e ofícios que não estão diretamente relacionados a assistente social. A entrevistada 2 justifica que recai a tal profissional porque “a gente tem esse domínio que nos traz uma escrita mais elaborada”. Ainda que essa prática seja, por vezes, justificada pelo “domínio da escrita” ou pela capacidade de articulação comunicativa da/o profissional, ela representa um esvaziamento do verdadeiro sentido do trabalho do Serviço Social na UBS. A justificativa apresentada pela entrevistada demonstra como o próprio profissional, muitas vezes, acaba incorporando e reproduzindo essa

lógica, o que reforça a necessidade de constante reafirmação do projeto ético-político da profissão e dos limites técnicos do fazer profissional.

Portanto, o fato de o/a assistente social possuir uma formação crítica e domínio técnico para produzir textos com clareza e fundamentação não deve ser utilizado como argumento para atribuir-lhe tarefas que competem à gestão administrativa da unidade.

No Quadro 6 foi identificado por dois sujeitos da pesquisa, a questão do planejamento familiar, como atribuição/competência indevida. Uma das entrevistadas contextualiza,

[...] nós somos os últimos profissionais que prestam atendimento para fazer a conferência documental do checklist que esse usuário deve providenciar para ter acesso a laqueadura ou vasectomia, quer seja laqueadura no parto como eletiva e a vasectomia. [...] Então eu vejo que é um trabalho totalmente administrativo. Já fui questionada, inclusive, por usuários sobre qual necessidade passar pela assistente social, já fui questionada mais de uma vez. Aí eu tento explicar que a gente verifica se está tudo ok para estar encaminhando né e até os usuários percebem que é um atendimento que não faz muito sentido né? (Entrevistada 10).

A tarefa, reconhecidamente administrativa, desloca o foco do trabalho do Serviço Social para uma função meramente operacional e repetitiva, desprovida de análise crítica e sem impacto direto numa intervenção qualificada.

A atribuição dessa tarefa ao assistente social pode evidenciar fragilidades na organização do processo de trabalho, que é estruturado com base em uma orientação estadual responsável por definir o fluxo de atendimento no âmbito do planejamento familiar. Portanto, pode ocorrer uma ausência de clareza sobre o papel do/a profissional de Serviço Social gerando uma sobreposição de funções e desvio de atividades.

Outra atribuição, que é vista como administrativa, foi indicada na resposta de uma entrevistada que refere a necessidade de precisar ligar para o/a paciente informando sobre “negativas” de procedimentos ou benefícios encaminhados pela assistente social da UBS. Segundo a entrevistada 8,

É uma situação que o administrativo da Secretaria de Saúde deveria fazer esse comunicado, mas somos nós que fazemos, Isso, de certa forma, é até bom, porque a gente também pode orientar no sentido de judicializar esse pedido, mas não acho que seja uma atribuição nossa do assistente social.

Embora a entrevistada reconheça o valor da ação como oportunidade para orientação, também aponta com lucidez o desvio de função: trata-se de uma atribuição administrativa, que deveria ser de responsabilidade direta da Secretaria de Saúde.

O deslocamento de responsabilidades administrativas para o Serviço Social, é baseado, muitas vezes, na falsa ideia de que o/a assistente social "sabe conversar melhor", "tem paciência", ou "sabe lidar com situações difíceis". Essa visão reduz o profissional à função de "porta-voz de más notícias", colocando-o em uma posição desconfortável, sem o devido respaldo técnico ou institucional.

Além disso, ao assumir esse papel, o/a assistente social é inserido em um campo ambíguo e conflituoso: por um lado, precisa representar a instituição ao comunicar uma negativa, o que pode gerar frustração e ruptura na relação com o/a paciente; por outro, tem o compromisso ético-político de defender os direitos sociais e buscar alternativas frente às violações. Essa dualidade pode fragilizar o vínculo com o/a paciente, tornando o/a profissional um/a intermediário/a de recusa e não um/a facilitador/a de acesso.

A análise das respostas apresentadas pelas assistentes sociais entrevistadas nesta pesquisa revela a ausência da prática frequente de ordenação do cuidado, inerente aos profissionais atuantes em unidades básicas de saúde, que se manifesta no desenvolvimento e efetivação de ações de prevenção e promoção em saúde. "Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na "queixa" e/ou "problema", expresso e/ou manifestado pelos usuários" (Vasconcelos, 2001, p. 10).

As demandas e requisições por acesso a serviços e recursos, embora consideradas individuais, configuram-se como coletivas de segmentos majoritários da classe trabalhadora, os quais enfrentam dificuldades de inserção nas rotinas institucionais, resultando em demanda reprimida ou atendimentos com baixa resolutividade (Vasconcelos, 2001).

De acordo com Costa, existe uma dualidade nos atendimentos ofertados pela política de saúde, pois

a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam

algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (Costa, 2000, p. 8).

Portanto, o sistema público de saúde, enfrenta contradições persistentes entre as reivindicações históricas do movimento sanitário, a demanda reprimida e a exclusão, a insuficiência de recursos, questões relacionadas à quantidade e qualidade do atendimento, a burocratização e a priorização da assistência médica curativa e individualizada.

Nas respostas das doze entrevistadas, é possível identificar a multiplicidade de formas das demandas e das requisições, que revelam uma fragmentação do trabalho profissional, onde o foco recai frequentemente sobre a execução de tarefas imediatas, em detrimento da análise crítica das determinações estruturais que originam essas situações.

Nessas condições, quando o assistente social é chamado a indicar as *demandas* atendidas pelo Serviço Social, ora elas aparecem como o procedimento técnico (apoio, triagem, laudo, escudo de critério de elegibilidade visita domiciliar, cadastramento, reunião, orientações): ora aparecem como instrumental técnico (entrevista, estudo ou ficha socioeconômico, questionário); ora como *problema social* (relacionamento, conflito familiar, doenças etc.), ora como estratégias de ação (agilização de vagas, entrega de cota de alimentos, benefícios de prestação continuada, contatos com escola, encontros com famílias etc) (Coelho, 2009, p. 34).

A análise das demandas e requisições encaminhadas ao Serviço Social nas UBS de Maringá revela uma faceta complexa e contraditória do trabalho profissional nesse campo. Com exceção do planejamento familiar — em que há uma clara institucionalização do atendimento por meio do SUS — as demais solicitações, atreladas a “protocolos” institucionalizados, refletem a complexidade do contexto social, marcado por contradições entre alguns princípios e diretrizes do SUS e as características imbricadas no que é ofertado pela política de saúde. Nas palavras de Bezerra e Araújo (2007),

Significa dizer que antagonismos como universidade/seletividade, integralidade/focalização e ampliação de direitos/falta de investimentos no setor saúde estão refletidos nas demandas postas para o serviço social, atribuindo-lhes novas configurações (p. 206).

A integralidade do cuidado, a universalidade do acesso e a equidade, pilares do SUS, são desafiados por um contexto real de restrições, focalização e seletividade. O Serviço Social, nesse cenário, se torna um espaço de tensão onde essas contradições ganham forma. As demandas e requisições ao Serviço Social são atravessadas por antagonismos como universalidade/seletividade, integralidade/focalização e ampliação de direitos/falta de investimentos no setor saúde. Essas polarizações não são apenas conceituais, mas estruturam o cotidiano das UBS, influenciando diretamente no trabalho profissional e nas possibilidades de ação.

O que se observa é uma sobrecarga de demandas e requisições vinculadas a protocolos que, ao mesmo tempo que organizam o fluxo dos atendimentos, delimitam a autonomia do Serviço Social, reduzindo-o, em muitos casos, a executor de tarefas administrativas ou intermediador de ausências estruturais da política pública. Há uma distorção do papel do assistente social, que se vê instado a dar respostas imediatas a situações que exigiriam reflexão crítica e ação articulada intersetorialmente.

Conforme Guerra (2013),

Concebida como técnica de ajuda, de administração de conflitos ou tecnologia de solução de problemas, à profissão demandam-se resultados imediatos que alterem alguma variável do contexto social, do cotidiano no qual os sujeitos receptores de sua ação profissional inserem-se (p. 40).

É nesse contexto que o pragmatismo se manifesta como um desafio central à construção crítica da profissão. O pragmatismo opera como uma racionalidade própria da sociabilidade burguesa, naturalizando o imediatismo e moldando a forma como se pensa e se age na vida profissional (Guerra, 2013).

O perigo dessa lógica pragmatista está na sua capacidade de esvaziar a dimensão crítica da profissão. Trata-se de uma lógica que privilegia a execução de tarefas sobre a reflexão crítica, e que tende a esvaziar a dimensão analítica e transformadora do trabalho profissional (Coelho, 2009). Ao transformar o conhecimento em simples instrumento de ação imediata, a teoria deixa de ser uma ferramenta de leitura da realidade e passa a ser utilizada apenas quando "serve" para resolver um problema prático. Isso acaba por restringir o trabalho do/a

assistente social a ações pontuais e fragmentadas, desarticuladas de um projeto ético-político mais amplo.

Os pragmáticos geralmente defendem que a importância de uma ideia deve ser medida pela sua utilidade, êxito e eficácia para lidar com um dado problema, resultando na concepção de que as ideias servem de “guias para a ação” (Guerra, 2013, p. 44).

A profissão de Serviço Social, por sua natureza interventiva, atua no espaço do cotidiano, onde se manifestam de forma aguda as expressões da questão social. Contudo, é nesse mesmo cotidiano que se instaura uma racionalidade marcada pela urgência, pela necessidade de respostas rápidas e pela busca por soluções imediatas — características que moldam uma prática profissional voltada mais para o “fazer” do que para o “compreender” (Coelho, 2009).

No tópico seguinte serão analisados os dados empíricos relacionados às ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos.

4.3.2. Ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos

Considerando as demandas e requisições previamente apresentadas, compreende-se que, para atendê-las, o/a assistente social precisa elaborar um conjunto de respostas que se materializam por meio das ações profissionais.

Segundo Trindade (2017), as ações profissionais são

[...] as atribuições que viabilizam as respostas dos profissionais às requisições colocadas pelas demandas institucionais, como parte da prestação de serviços sociais. Essas ações materializam o caráter interventivo do Serviço Social e dentre as mais comuns estão: executar, orientar, agrupar, providenciar, acompanhar, socializar, coordenar, planejar, pesquisar, monitorar, supervisionar, organizar e administrar, estudar e analisar, emitir parecer, assessorar, consultorar (p. 76).

Ao utilizar instrumentos e procedimentos, as ações profissionais concretizam a dimensão técnico-operativa da profissão de Serviço Social. “Os instrumentos técnico-operativos medeiam a concretização das ações profissionais e estão presentes na execução das habilidades chamadas aqui de procedimentos” (Trindade, 2017, p. 77). Ou seja, os instrumentos são aquilo que viabiliza a intervenção profissional, sendo parte constitutiva do fazer técnico do Serviço Social.

Segundo Trindade (2017), os procedimentos referem-se às formas de aplicação desses instrumentos, ou seja, às estratégias e modos operacionais que dão sentido e intencionalidade ao seu uso. São as ações práticas e sistematizadas que organizam o trabalho profissional, como a forma de realizar uma escuta qualificada, de registrar um relatório, de conduzir uma reunião com usuários, entre outros. Conforme Ramos, Ortiz e Paula (2023, p. 98), “o procedimento é toda a mobilização necessária para a efetivação de determinada finalidade, podendo incluir várias ações profissionais e outros recursos”. Portanto, enquanto os instrumentos são os meios, os procedimentos são os modos de fazer, o como se utiliza esses meios no trabalho profissional.

Vale destacar, que Trindade (2017) enfatiza que para que as ações sejam compreendidas como sendo do âmbito do Serviço Social, é necessário que estejam articuladas com os demais elementos do trabalho profissional, portanto, “aos sujeitos sociais (individuais e coletivos), as políticas sociais, aos serviços e aos benefícios sociais, aos direitos sociais, aos movimentos sociais” (Trindade, 2017, p. 76).

Segundo Nogueira e Mito (2006), as ações profissionais

se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos (p. 9).

Nesse sentido, a escolha dos instrumentos técnico-operativos e procedimentos deve estar diretamente vinculada ao diagnóstico da situação social, à definição dos objetivos e ao tipo de abordagem mais adequada para alcançar os sujeitos envolvidos. Ou seja, os instrumentos e procedimentos são meios que viabilizam a efetivação da intervenção planejada, e não meros recursos formais ou burocráticos.

De acordo com Trindade (2017), as ações profissionais podem ser classificadas em quatro eixos: de caráter individual; de caráter coletivo; de caráter administrativo-organizacional; e, de formação profissional, de capacitação e de pesquisa.

O primeiro eixo “ações de caráter individual”, se referem ao atendimento direto aos usuários dos serviços sociais, geralmente em contextos institucionais como por exemplo, em unidades de saúde. Envolvem escuta qualificada, orientação,

encaminhamentos, elaboração de pareceres e acompanhamento de casos. Estas ações têm como foco central as demandas singulares, respeitando a autonomia dos sujeitos e promovendo o acesso aos direitos sociais.

As “ações de caráter coletivo” são voltadas à organização e mobilização de grupos e comunidades, buscando promover a participação social, o fortalecimento dos vínculos comunitários e a construção coletiva de alternativas para enfrentamento das expressões da questão social. São exemplos dessas ações: oficinas, grupos socioeducativos, palestras e rodas de conversa. Estas ações potencializam o protagonismo dos sujeitos e ampliam o alcance das políticas públicas.

O terceiro eixo “ações de caráter administrativo-organizacional” relacionam-se à gestão institucional e à organização dos serviços, incluindo o planejamento, a elaboração de projetos e relatórios, o monitoramento de indicadores, a articulação com outros setores e a representação da profissão em instâncias colegiadas e de controle social.

Por fim, as “ações de formação profissional, capacitação e pesquisa” envolvem o compromisso com o desenvolvimento e atualização permanente da profissão, tanto em nível individual quanto coletivo. Incluem atividades como supervisão de estágio, participação em cursos, seminários, grupos de estudo, pesquisa social aplicada e produção de conhecimento. Esse tipo de ação reforça o vínculo entre teoria e prática, além de alimentar a capacidade crítica e reflexiva dos profissionais diante das demandas sociais.

As ações do assistente social no campo da saúde, assim como em outras áreas, não se desenvolvem de maneira isolada, mas se articulam entre si e os diferentes eixos ou processos, que se conectam ou se distinguem conforme suas especificidades, sendo que, no contexto da saúde, essas ações se inserem de forma integrada no processo coletivo de trabalho em saúde (Nogueira; Miotto, 2006).

Partindo desta breve conceituação, nos quadros abaixo serão apresentadas as questões relacionadas às ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos, que compuseram o roteiro de entrevista para a coleta de dados da pesquisa com as assistentes sociais que trabalham nas UBS em Maringá-Pr, bem como a sistematização das respostas.

QUADRO 7
Ações profissionais

1	Acolhimento, escuta da equipe ou do usuário do serviço e os direcionamentos, os desdobramentos que vão desencadear essa escuta; reuniões com a equipe, intersetorial a RIPS, rede de proteção.
2	Contato com os membros da família, contatos com a rede de serviço, mediações, reuniões com a família, contato com a própria equipe que vai dar suporte àquele território que o usuário reside.
3	Atendimentos individuais e familiares, visitas domiciliares, reuniões com as equipes da Estratégia de Saúde da família, reuniões institucionais, orientações, encaminhamentos, acolhimento.
4	Atendimento ao usuário, escuta, visita, contato telefônico com outros familiares, reagendamento de alguma intervenção e busca ativa em prontuário.
5	Estudo de caso, atendimento de demanda do Centro Dia de pacientes nossos que estão lá, visita domiciliar, encaminhamentos, contato com outros serviços da rede.
6	Acolhimentos, atendimentos individuais, em domicílio e compartilhados, atividade coletiva, reuniões que são mais institucionais entre os profissionais, da própria UBS, para planejamento, para organização de atividades e tem reuniões que são intersetoriais, pra poder pensar em planos de atendimento.
7	Escuta, acolhida, o atendimento, os encaminhamentos para demais órgãos, para a própria política de saúde, para outros profissionais da saúde, para a rede toda, visitas domiciliares, os atendimentos dos protocolos.
8	Acolhimento do paciente, atendimento individual, grupo, reuniões relacionadas à violência (RIPS), comitê Nossa Gente Paraná; reuniões para discussão de casos, tanto com a equipe dos postos quanto com outros serviços da rede.
9	Contato com a rede de serviços, acolhimento ao paciente, contato com a equipe e reuniões.
10	Atendimentos presenciais e compartilhados com as equipes; discussão e o acompanhamento de casos e reuniões familiares.
11	Escuta, encaminhamentos, reuniões com famílias, visitas domiciliares, relatórios para as outras instituições.
12	Atendimento individual, atendimento domiciliar, contato com a rede, atendimentos junto com a equipe e reuniões para discussão de casos.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

QUADRO 8
Instrumentos técnico-operativos e procedimentos

1	Relatório, entrevista, visita domiciliar; reunião familiar e plano individualizado.
2	Atendimento social, preenchimento de formulários, visitas domiciliares, reuniões, relatórios.
3	Abordagens sociais, encaminhamentos para rede de serviço, relatórios informativos, reuniões.
4	Entrevista, escuta, visita domiciliar, estudo de caso com a equipe, relatório, parecer social, encaminhamentos de contra-referência e matriciamento, pro CRAS, pro CREAS e plano de cuidado e relato em prontuário.

5	Atendimento ao usuário, a visita domiciliar, as reuniões com outros serviços, o estudo de caso com as equipes, com os Agentes de Saúde, relatórios, encaminhamentos e relato no gestor.
6	Entrevistas, atendimento social, acolhimento das demandas, registro ou no prontuário eletrônico ou no meu prontuário físico, atendimentos em domicílio, reuniões, relatório de atividades, planejamento, plano de acompanhamento compartilhado, estratificação em saúde mental e um instrumental que usa muito é a estratificação do IVCF-20 (saúde da pessoa idosa).
7	Relatório, visita, entrevista, escuta, observação, registros em prontuário, relatório informativo, relatório social para vale transporte ou pra solicitar algum benefício de algum paciente pro CRAS.
8	Atendimento direto com o usuário, de forma individual, atendimento em grupo, visita domiciliar, elaboração de ofícios, relatórios, parecer, estratificação de risco dos pacientes em saúde mental.
9	Visitas domiciliares, plano de cuidado, relatórios informativos, encaminhamentos.
10	Evolução do gestor, plano de cuidados em conjunto, relatórios informativos, relatórios sociais, registros de visita domiciliar, tem a ficha de acompanhamento da visita domiciliar, fichas de avaliação socioeconômica.
11	Entrevistas, relatórios, planos de cuidados, visitas domiciliares e contato com instituições.
12	Relatórios, encaminhamentos para rede, para UBS, entrevistas, relatórios, visita domiciliar e estratificação de saúde de idoso.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

A análise das respostas dos sujeitos de pesquisa dos Quadros 7 e 8, à luz do texto de Trindade (2017), revela uma importante confusão conceitual entre ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos. Embora os quadros tenham sido elaborados com o intuito de listar *ações profissionais* e *instrumentos técnico-operativos e procedimentos*, várias respostas das entrevistadas acabam por misturar os três conceitos, o que compromete a clareza e precisão teórico-metodológica.

Nesse contexto, observa-se que algumas respostas do Quadro 7 se confundem com as do Quadro 8, e vice-versa, evidenciando que os sujeitos da pesquisa identificaram ações profissionais como se fossem instrumentos técnico-operativos ou procedimentos.

As menções no Quadro 7 como “acolhimento”, “escuta”, “reagendamento”, “mediações”, “orientação”, “encaminhamento” e “análise de prontuário” (respondentes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 11) são exemplos de formas de ação, ou seja, procedimentos. Estão mais relacionados ao *como fazer*, e não ao *que fazer*, que seria o foco do Quadro. Já os mencionados como “visitas domiciliares”, “relatórios”,

“reuniões” e “plano de atendimento” (respondente 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12) são instrumentos, não ações em si. Eles viabilizam as ações profissionais, mas não são equivalentes a elas.

Observa-se que a ação profissional do eixo de atendimento direto aos usuários, são registradas praticamente, em todas as respostas do Quadro 7 como “atendimento” e “atendimento individual”, sendo, as ações profissionais predominantemente de caráter individual.

Embora essas ações sejam fundamentais no contexto da garantia de direitos e da escuta qualificada, a centralidade excessiva no atendimento individual pode indicar uma limitação na apreensão da totalidade social que constitui as demandas dos usuários. Ao priorizar a dimensão interpessoal, corre-se o risco de despolitizar as questões sociais, tratando efeitos como se fossem causas, e deslocando o foco da responsabilização do Estado e das políticas públicas para o comportamento e as escolhas dos indivíduos.

O trabalho profissional pautado em atendimentos individualizados pode também refletir numa dinâmica institucional que reduz o papel do/a assistente social a um/a executor/a técnico-burocrático, limitando o espaço para ações coletivas, preventivas e educativas, que visem à transformação das estruturas que geram desigualdades. Isso não significa negligenciar a importância do atendimento direto, mas reconhecer que ele precisa estar articulado a estratégias mais amplas de intervenção social, com foco na mobilização social, no trabalho em rede e na incidência das políticas públicas.

Com relação às ações de caráter coletivo, foi possível identificar esta ação nas falas de nove sujeitos de pesquisa. As respostas aparecem como “atendimento compartilhado ou com a equipe”, “reunião intersetorial, com a equipe de saúde ou com a rede”, “atividade coletiva” e “contato com a equipe ou com a rede”.

Essas ações evidenciam uma atuação interdisciplinar e colaborativa, com foco no bem-estar coletivo, especialmente de populações em situação de vulnerabilidade. No entanto, no Quadro 7 não foi possível identificar iniciativas de trabalhos em grupo voltados para a orientação de famílias, rodas de conversa ou oficinas temáticas que abordem, por exemplo, questões de saúde ou direitos sociais. Foi localizada apenas na resposta de uma participante a ação profissional como “atividade coletiva”, que segundo o Ministério da Saúde (2010) é uma importante estratégia para a Atenção Básica. As atividades coletivas representam ações

educativas em saúde desenvolvidas com grupos formados por pessoas que compartilham interesses ou demandas semelhantes, objetivando promover a saúde, prevenir doenças e fortalecer a autonomia dos participantes em relação ao cuidado com sua própria saúde (Saúde, 2010).

As ações de caráter administrativo-organizacional de acordo com o Quadro 7, aparecem apenas na resposta de duas assistentes sociais como “reunião intersetorial - RIPS - rede de proteção” e “Comitê Nossa Gente Paraná”. A Rede Intersetorial de Proteção Social (RIPS) é uma instância para se pensar enquanto rede de serviços em ações de prevenção a situações de violências. A entrevistada 1 participa do Grupo Técnico de apoio aos quatorze polos locais da RIPS.

Já o Comitê Nossa Gente Paraná é uma instância de gestão intersetorial criada no âmbito do Programa Nossa Gente Paraná, uma iniciativa do Governo do Estado do Paraná voltada ao enfrentamento da pobreza e à superação das vulnerabilidades sociais. Esse comitê é responsável por coordenar e articular as ações do programa nos municípios, promovendo a integração entre diferentes políticas públicas e setores. Na indicação desta respondente, ela refere participar do Comitê enquanto instância municipal, portanto, representando a Secretaria Municipal de Saúde quanto a articulação e apoio aos comitês locais.

É importante destacar que, em outro bloco do roteiro de pesquisa, foi incluída a seguinte pergunta: *“Você participa de alguma instância de controle social (conselho, comissão, grupo de trabalho) ou espaço político-administrativo?”*. Além das duas respostas já mencionadas anteriormente, foram registradas mais seis respostas afirmativas, indicando participação em instâncias de controle social ou em espaços de planejamento intersetorial voltados à saúde e outras políticas sociais.

No total, oito entrevistadas relataram envolvimento com esses espaços. Entre elas, uma participa do Conselho Municipal da Pessoa Idosa, uma do Conselho Municipal de Assistência Social e outra do Conselho Municipal da Mulher. Além disso, seis participantes frequentam a RIPS em nível local, cinco integram o Comitê Local do Programa Nossa Gente Paraná, e três participam do Conselho Local de Saúde.

Dois sujeitos da pesquisa indicam participar de comissões representando o Serviço Social, a fim de auxiliar na viabilização de direito social como medicamentos não padronizados pelo SUS e dieta enteral e fórmula infantil.

Embora o último eixo — referente às ações de formação profissional, capacitação e pesquisa — não tenha apresentado respostas analisadas no Quadro 7, a pesquisa incluiu uma pergunta específica sobre esse tema, dentro do bloco 5, referente ao “Planejamento profissional”. A questão formulada foi: *“De que forma você se capacita ou se atualiza para o exercício profissional? Você realiza cursos de atualização, capacitação, pós-graduação ou utiliza outras estratégias?”*. Na análise das respostas quanto a esta pergunta, identificamos que duas entrevistadas afirmam não estar realizando nenhuma ação relacionada a este eixo. As demais respondentes afirmam estar sempre se atualizando e realizando algum curso on-line ou leitura de materiais/artigos. A Entrevistada 2 refere que há tempos não faz um curso específico na área de Serviço Social, porém, refere que “sempre que posso eu vou em palestra, vou em reuniões, leio também, acesso o site do CRESS, CFESS [...]”. A entrevistada 11 também afirma que,

Sempre quando tem algum curso que a Secretaria Municipal de Saúde oferece eu procuro estar participando, não somente nas questões que envolvem o específico do Serviço Social, mas situações atuais, temas atuais que a gente pode estar trazendo para a realidade do Serviço Social que vem agregar o nosso crescimento profissional eu procuro estar participando.

Todas as participantes relataram realizar capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, cinco entrevistadas destacaram que as reuniões mensais das assistentes sociais da saúde são compreendidas como espaços formativos, uma vez que frequentemente abordam temas relevantes que contribuem para o cotidiano profissional.

Conforme apontado nos relatos, essas reuniões são vistas como momentos de aprendizado e troca de saberes. Uma das entrevistadas afirma: “A reunião do Serviço Social é um momento de formação, né? De certa forma, também é um espaço de estudo [...]” (Entrevistada 1). Outra complementa: “[...] tem as reuniões com a categoria também e a gente também aprende bastante. Tem sempre alguém que está atualizado, está repassando um pouco do conhecimento” (Entrevistada 2). De forma semelhante, uma terceira participante destaca: “[...] uma parte que eu acho que é muito boa, que ajuda no nosso fortalecimento, não exatamente como capacitação formal, mas como conhecimento do serviço, é o grupo das reuniões mensais das assistentes sociais” (Entrevistada 12). Uma das

entrevistadas ainda ressalta o caráter contínuo de sua busca por atualização profissional, reforçando o papel dessas reuniões nesse processo:

[...] eu sempre estou procurando me atualizar e também participar das reuniões do Serviço Social, que com frequência traz uma temática da atualidade, profissionais da área que estão atuando, que podem estar acrescentando informações da nossa rede, então, tudo isso entra como capacitação (Entrevistada 11).

É relevante destacar que, nos anos de 2023 e 2024, foi realizada uma atualização do Protocolo de Atuação do/a Assistente Social na Atenção Básica. Esse processo de revisão foi conduzido por um Grupo Técnico (GT), composto por três assistentes sociais atuantes em UBS. Nesse contexto, duas das entrevistadas mencionaram sua participação nesse GT como uma importante estratégia de atualização profissional.

Além disso, este eixo contempla também a supervisão de estágio. No entanto, no momento das entrevistas, nenhuma das profissionais relatou que estava supervisionando estagiários (as).

Adentrando na análise do Quadro 8, é possível identificar que os instrumentos aparecem na respostas de todos os sujeitos da pesquisa, referenciados como “visitas domiciliares”, “relatórios”, “reuniões”, “plano de atendimento ou de cuidado”, “entrevista”, “parecer social”, “relato em prontuário” (eletrônico ou físico), “estratificação de saúde” (saúde mental e saúde da pessoa idosa⁴³) e “observação”.

Assim como no Quadro 7, a confusão conceitual também aparece no Quadro 8, já que, algumas respostas confundem instrumentos com ações profissionais. As respondentes incluem ações que deveriam estar no Quadro 7, como: “Encaminhamentos para rede de serviço” (entrevistada 3); “Plano de acompanhamento compartilhado” (entrevistada 6) e “Plano de cuidados em conjunto” (entrevistada 10). Essas expressões indicam ações profissionais

⁴³ Ambas as estratificações podem ser aplicadas por qualquer profissional capacitado. Elas são importantes instrumentos para identificar a gravidade da condição mental e avaliar o risco de perda de funcionalidade da pessoa idosa. As referidas estratificações são comumente solicitadas pela Promotoria de Saúde e da Pessoa Idosa, bem como, são instrumentos exigidos pela política de Assistência Social quando ocorre a solicitação de vagas para pessoas idosas em Centro Dia ou Instituições de Longa Permanência (ILPi).

completas, com intencionalidade e finalidade específica, que não se configuram como instrumentos ou procedimentos isolados.

No Quadro 8, novamente as ações aparecem como instrumentos. Duas respondentes (8 e 11) mencionam, como instrumentos, os termos “atendimento” e “contato com a rede”, respectivamente. No entanto, essas expressões não se configuram como instrumentos em si, mas sim como ações profissionais, pois implica intencionalidade, direção política e finalidade interventiva. O “atendimento”, por exemplo, é uma ação que pode envolver diversos instrumentos (entrevista, escuta, registro, relatório) e procedimentos (acolhimento, planejamento, encaminhamento), mas não é um instrumento isolado. Da mesma forma, o “contato com a rede” expressa uma ação de articulação intersetorial que visa ampliar o acesso a direitos, o que a caracteriza como uma ação estratégica e não como um meio técnico. A confusão apresentada pelas entrevistadas revela fragilidade na apropriação do referencial teórico-metodológico, reduzindo o trabalho a descrições genéricas e pouco sistematizadas. Como destaca Trindade (2017), é fundamental compreender que os instrumentos são os meios e não os fins da ação profissional, e seu uso deve estar sempre vinculado à finalidade da intervenção e aos princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

Pode-se inferir que a confusão observada nos Quadros 7 e 8 é reflexo de um problema recorrente no cotidiano profissional: a dificuldade de distinção entre o meio (instrumento), o modo de execução (procedimento) e a finalidade da intervenção (ação profissional propriamente dita). Essa imprecisão conceitual pode enfraquecer a intencionalidade crítica do trabalho do assistente social, afastando-o de uma prática orientada por um projeto ético-político claro.

A saída para superar as imprecisões apontadas seria o planejamento, ou seja, o desenvolvimento de uma ação pensada, que alinhe o trabalho profissional às demandas sociais, de forma crítica, estratégica e comprometida com os princípios ético-políticos da profissão. O planejamento deve ser

articulado a um determinado projeto de trabalho, a objetivos profissionais, direcionam a atuação do/a assistente social, inclusive a escolha da forma de abordagem do/a usuário/a, do instrumento e da técnica a ser utilizada, entre outras questões (Ramos, Ortiz e Paula, 2023, p. 94).

O planejamento profissional constitui um dos pilares fundamentais para a organização e efetivação do trabalho do/a assistente social, pois permite dar direção e intencionalidade às ações desenvolvidas no cotidiano profissional. Nesse contexto, a pesquisa apresentada contemplou um bloco específico sobre o “Planejamento profissional”. Entre as perguntas realizadas, uma delas foi: “*Você possui um plano/projeto profissional de trabalho?*”. Os dados da pesquisa revelam um cenário preocupante: das doze participantes entrevistadas, apenas quatro (1, 2, 6 e 7) afirmaram possuir um plano ou projeto profissional de trabalho. Este dado sinaliza uma fragilidade no exercício da dimensão técnico-operativa da profissão, pois a ausência de planejamento pode comprometer tanto a coerência da intervenção quanto a articulação com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

A entrevistada 4 expressa uma dificuldade recorrente entre profissionais da área ao afirmar que não consegue elaborar um plano de trabalho devido ao excesso de demandas. Esse depoimento revela a pressão cotidiana imposta pelas instituições e a lógica de sobrecarga, que muitas vezes impede a mediação crítica e reflexiva necessária ao planejamento. Já a entrevistada 10 reconhece a importância do planejamento, ainda que não o tenha elaborado, o que demonstra consciência profissional, mas também indica possíveis entraves institucionais ou formativos que dificultam sua concretização.

No bloco dedicado ao “Planejamento profissional”, outra pergunta foi apresentada nos seguintes termos: “Como sua semana de trabalho é planejada?”. A partir da análise das respostas, foram identificadas as seguintes formas de organização:

Quadro 9
Planejamento profissional

1	A minha semana de trabalho é planejada quando eu entro no sistema gestor aqui do município, abro a minha agenda né? Eu tento fazer isso mensal, que daí eu coloco as reuniões [...] e daí eu vou acompanhando diariamente.
2	Semanalmente a gente abre o nosso sistema eletrônico que nós temos pela Secretaria de Saúde de Maringá e vejo a questão da agenda, se nós temos visita domiciliar, se tem reunião de equipes [...]. A nossa semana é elaborada e planejada semanalmente.
3	Eu já faço o agendamento mensal, de todos os atendimentos e através das reuniões de equipe. Então nessas reuniões a gente já faz um planejamento de visitas, de alguns atendimentos e de alguns acompanhamentos.
4	Bom, eu deixo as agendas abertas no sistema gestor para atendimentos individuais, escuta, protocolos e incluo no final da agenda também aqueles serviços internos que eu tenho

	também, a elaboração de relatório, contatos telefônicos que eu preciso fazer também. E eu planejo as visitas, só que as visitas não são semanais, é a cada 15 dias. Esse é o meu planejamento, que eu faço toda semana.
6	O meu planejamento, ele acaba sendo meio que mensal. [...] Eu organizo a agenda a partir do trabalho, das reuniões, eu começo a agenda do mês marcando todas as reuniões, então todo mês eu abro a agenda [...].
7	Basicamente, vamos dizer que não tenha muito planejamento. Eu chego, eu não tenho agenda. Eu atendo livre demanda. Se aparecer 10, eu atendo 10. Se aparecer 20, eu atendo 20. Se aparecer 1, eu atendo 1. Quando não estou atendendo ninguém, eu verifico os sistemas, o SEI, o sistema eletrônico de informação, que vem informações do Ministério Público, do Conselho Tutelar, do CREAS, do CRAS e dos demais órgãos do município solicitando pra gente alguma, algum tipo de demanda de escola, da rede, a gente responde ou passa para os responsáveis.
9	Minha semana de trabalho é planejada através da agenda né, que fica no sistema gestor. A equipe tem acesso a essa agenda, a recepção tem acesso a essa agenda e a partir dos agendamentos que...a partir de segunda-feira eu começo a programar, mas já tá tudo agendado.
10	Bom, é, eu faço, eu faço uma análise dos compromissos que vou ter na semana e tento fazer a abertura da agenda semanal em cima desses compromissos.
11	Bom, eu planejo que eu tenha um dia que eu deixo reservado para visitas domiciliares né, e abro uma agenda para atendimento das três UBSs que eu sou referência. Então a agenda fica aberta na recepção, e aí quando há necessidade de alguma urgência, de visitas, alguma coisa, ou uma reunião.
12	A minha semana é planejada conforme a demanda espontânea. Não costumo planejar.

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Das doze respondentes, pelo menos dez referem que realizam o planejamento de suas ações semanalmente ou mensalmente, no geral, pautadas pelos atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades externas da UBS, como reuniões. Apenas as entrevistadas 7 e 12 referem não possuir planejamento já que realizam atendimentos de “livre demanda”.

Todas as entrevistadas utilizam o sistema gestor para agendamento dos atendimentos que realizam. Esta agenda pode ser programada pela profissional diariamente, semanalmente ou mensalmente, conforme os demais compromissos de trabalho. Por esta razão, a maioria das respostas faz menção ao fato de primeiro analisar as demandas de reuniões, discussão de casos, visitas e acompanhamentos, para posteriormente, organizar a agenda de atendimentos semanais.

Além das oito citações acima mencionadas, outras duas também fazem menção ao planejamento semanal de seu trabalho, pautadas nos atendimentos individuais (entrevistada 5) e nos dias que estarão em cada UBS que são

referência (entrevistada 8).

A análise das respostas apresentadas no Quadro 9 revela uma aparente contradição entre o discurso e o trabalho, no que se refere ao planejamento profissional. Embora a maioria dos participantes da pesquisa tenha afirmado realizar algum tipo de organização semanal ou mensal de suas atividades, observa-se que esse planejamento tende a ser pontual, cotidiano e pouco sistematizado. Essa constatação é reforçada pelas respostas à pergunta sobre a existência de um plano ou projeto profissional de trabalho, nas quais a maioria declarou não possuir tal instrumento.

Essa disparidade indica que o planejamento relatado está fortemente condicionado pelas demandas imediatas do cotidiano e não por uma proposta estruturada. Em outras palavras, o cotidiano parece não apenas influenciar, mas orientar e até substituir o planejamento formal. Com isso, a ação profissional tende a se organizar de maneira reativa, atendendo às urgências do dia a dia, em vez de seguir uma lógica previamente construída, com objetivos claros, metas, estratégias e avaliação. Conforme Ramos, Ortiz e Paula (2023), “pensar em estratégias e táticas, realizar atividades de planejamento, supõe pensar na organização do trabalho sistematicamente realizado, na busca da superação do instituído no cotidiano profissional” (p. 99).

Tal realidade evidencia uma fragilidade na sistematização do trabalho e aponta para a necessidade de fortalecer a cultura do planejamento como dimensão essencial. A ausência de um plano estruturado compromete a possibilidade de atuação propositiva, articulada e alinhada aos princípios do SUS, limitando o alcance de transformações mais profundas na realidade atendida.

Neste sentido, o trabalho de assistentes sociais, por vezes, é desenvolvido de forma espontânea, orientado apenas pela experiência acumulada ao longo do trabalho profissional, sem o respaldo de um plano de trabalho estruturado. Embora essa forma de atuação seja recorrente, ela não pode ser considerada um processo de planejamento propriamente dito, pois lhe faltam sistematização, intencionalidade e uma reflexão crítica fundamentada (Ramos, Ortiz e Paula, 2023).

Como destacam Nogueira e Mioto (2006), “as ações profissionais [...] não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos [...] que integram o processo coletivo do trabalho em saúde” (p. 10). Assim, o planejamento tornam-se

partes integrantes do trabalho do/a assistente social, assegurando o compromisso ético e político com a transformação da realidade e com a garantia do direito à saúde.

As ações profissionais devem ser planejadas, sistematizadas e avaliadas, pois o planejamento é o que garante direcionalidade à intervenção, evitando a fragmentação ou a reprodução de práticas burocráticas. Nesse cenário, o planejamento profissional configura-se como instrumento essencial para orientar, racionalizar e qualificar as intervenções, permitindo que o trabalho do assistente social tenha direcionalidade, coerência e visibilidade (Nogueira; Mito, 2006, p. 16). Como afirmam as autoras, “planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido” (Nogueira; Mito, 2006, p. 16).

O planejamento permite que o profissional defina seus objetivos, estratégias, instrumentos e indicadores, adaptando seu trabalho ao espaço sócio-ocupacional e às demandas da população. Além disso, possibilita o diálogo com outros saberes e práticas, fortalecendo o trabalho coletivo no campo da saúde. De acordo com Ramos, Ortiz e Paula (2023),

O processo de planejamento, muito longe de ser uma ferramenta burocrática, é uma ação e possui um inerente caráter político, que passa pela negociação, pela mobilização, que propicia aos/às profissionais que dela se utilizam, um processo de intensa reflexão sobre o seu próprio trabalho (Paula & Silva, 2016) (p. 75).

Portanto, o planejamento é uma ação — e não apenas um documento —, destacando seu caráter político e estratégico. Essa visão deve estar em consonância com o projeto ético-político do Serviço Social, que compreende o planejamento como um instrumento de mediação entre a teoria e a prática, e não como uma formalidade vazia.

O planejamento favorece uma reflexão aprofundada sobre o exercício profissional, constituindo-se como um momento estratégico para que o/a assistente social possa analisar criticamente, sistematizar experiências e redirecionar seu trabalho. Trata-se, portanto, de um espaço privilegiado de elaboração e reposicionamento da ação profissional. Além disso, contribui significativamente para romper com a concepção reducionista que limita o/a assistente social à função de simples executor/a de tarefas técnicas — uma lógica que, muitas vezes, serve aos

interesses da moral dominante sustentada pela sociabilidade burguesa (Ramos, Ortiz e Paula, 2023).

Assim, as estratégias e táticas político-operacionais quando construídas pelos/as assistentes sociais tendo como inspiração o projeto ético-político de base marxista, resultam em ações que se propõem a confrontar a moral burguesa e instaurar outros valores necessários a um modelo de sociedade não-capitalista (Ramos, Ortiz e Paula, 2023, p. 91).

Nessa perspectiva, qualquer tentativa de superação dessa lógica por meio da construção de estratégias e métodos profissionais pautados no projeto ético-político do Serviço Social — fundamentado na tradição marxista — representa uma forma de resistência, através de ações que buscam romper com os valores da moral burguesa e promover princípios que apontem para a construção de uma sociedade baseada em outras formas de organização social, desvinculadas do modelo capitalista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da pesquisa que norteou este trabalho foi de que forma se configura o exercício profissional realizado por assistente social nas UBS em Maringá-Pr, tendo como objetivo geral conhecer o trabalho profissional realizado pelos/as assistentes sociais nas UBS, considerando as demandas, requisições e ações profissionais no referido campo ocupacional.

Os objetivos específicos relacionaram-se a: descrever o modo como a/o assistente social organizava e executava seu trabalho nas UBS; identificar as ações profissionais desenvolvidas nas UBS, descrevendo as demandas e requisições profissionais apresentadas no cotidiano profissional; mapear as respostas profissionais construídas pelas/os assistentes sociais das UBS; e, identificar as condições de trabalho em que se desenvolveu o exercício profissional de assistentes sociais nas UBS.

Para alcançar tais objetivos, optou-se por um percurso metodológico que combinou revisão bibliográfica e documental e pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todas as assistentes sociais atuantes nas UBS da rede pública de Maringá, totalizando doze participantes — o que representa 100% do universo profissional nesse espaço sócio-ocupacional. A coleta e análise de dados empíricos possibilitaram o confronto entre teoria e prática, e revelaram importantes achados sobre o exercício profissional.

O trabalho está organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro dedicado à Introdução, na qual são apresentados os elementos essenciais que contextualizam o estudo, incluindo o tema e o problema norteadores, os objetivos, a justificativa da pesquisa, a metodologia adotada e a estrutura geral do texto.

O Capítulo 2 apresentou uma análise consistente e histórica sobre a formação e consolidação do SUS no Brasil, evidenciando o papel central dos movimentos sociais e das políticas públicas na transformação do modelo assistencial vigente. Ao longo do texto, observa-se a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituição Federal de 1988 como marcos decisivos para a estruturação de um sistema de saúde pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Além disso, o capítulo destaca a relevância das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), que consolidaram os mecanismos legais e

institucionais de participação social e gestão descentralizada, pilares fundamentais para o funcionamento do SUS. A abordagem crítica sobre a transição de um modelo excludente e privatista para um sistema público e inclusivo permite compreender os desafios enfrentados na efetivação do direito à saúde, principalmente frente às desigualdades sociais e às tensões político-econômicas que ainda permeiam o setor.

O capítulo 3 explorou os fundamentos teóricos e legais da atuação profissional na saúde pública, contextualizando o lugar do Serviço Social no SUS e os desafios postos ao exercício profissional nesse campo.

O capítulo 4 por sua vez, concentrou-se na apresentação, análise e discussão dos dados empíricos obtidos por meio das entrevistas. A referida análise dos dados foi dividida em quatro eixos: Dados de identificação da Assistente Social; Dados sobre a formação; Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s): relações e Condições de Trabalho de Assistentes Sociais; e Demandas, requisições e ações profissionais.

No primeiro eixo a totalidade das participantes da pesquisa (100%) se identificou com o gênero feminino, refletindo a composição majoritária da categoria no Brasil, historicamente ocupada por mulheres. Este dado corrobora as estatísticas nacionais apresentadas pelo CFESS, nas quais 93% das profissionais se autodeclararam do sexo feminino.

No tocante à faixa etária, observou-se uma concentração significativa de profissionais entre 35 e 44 anos (50%), seguida por grupos etários entre 45 e 54 anos e entre 55 e 64 anos, ambos com 16,67%. Já os extremos da faixa etária – de 25 a 34 anos e acima de 65 anos – apresentaram representatividade igual, com 8,33% cada. Esses dados revelam uma predominância de profissionais em idade ativa e com provável experiência acumulada.

Quanto à autodeclaração étnico-racial, os dados revelam uma marcante predominância de profissionais brancas, com apenas uma assistente social se autodeclarando parda. Este recorte expõe a persistência da desigualdade racial no acesso ao ensino superior e à profissionalização em Serviço Social, tema reiterado por pesquisas como as do UNICEF, que apontam para a exclusão educacional de populações negras e indígenas no Brasil. O CFESS, por sua vez, destaca que os estados do Sul do país apresentam os maiores percentuais de profissionais brancas, resultado de um histórico de colonização européia.

No aspecto religioso, verificou-se predominância da religião Católica, professada por 58,34% das entrevistadas. Esses dados dialogam com o histórico da profissão, cuja vinculação com a religião católica é reconhecida em diversas análises sobre o Serviço Social no Brasil.

O segundo eixo apresentado se refere aos dados de formação. A análise dos dados de formação das assistentes sociais participantes desta pesquisa revela um perfil profissional com significativa experiência de atuação. Todas as doze entrevistadas possuem mais de 10 anos de formação, sendo que a maioria (41,67%) têm entre 11 e 15 anos de conclusão do curso de Serviço Social, seguida por 33,33% com formação entre 16 e 20 anos. Apenas uma profissional possui entre 21 e 25 anos de formação, e duas já ultrapassaram os 25 anos. Esse dado reforça a ausência de recém-formadas e aponta para uma categoria composta por profissionais mais experientes.

Com base nos dados analisados, conclui-se que a maior parte das assistentes sociais entrevistadas (onze) é formada à luz do novo currículo, estruturado segundo os fundamentos do projeto ético-político da profissão. As Diretrizes Curriculares, o Código de Ética e a Lei de Regulamentação Profissional — documentos essenciais publicados na década de 1990 — constituem pilares fundamentais que orientam e legitimam o exercício profissional no Serviço Social.

A natureza das instituições formadoras demonstra um equilíbrio entre o ensino público e privado: 50% das profissionais se formaram em instituições públicas e 50% em instituições privadas. No grupo das públicas, destacam-se universidades estaduais do Paraná, como UEL, UNIOESTE e UNESPAR. Já entre as privadas, há predomínio de instituições paranaenses como o UNICESUMAR, UNIPAR e a Associação Educacional de Toledo, além de uma instituição paulista (UNIMAR). A distribuição territorial das instituições mostra que 83,33% das formações ocorreram no Paraná, o que reforça a centralidade regional na trajetória acadêmica das participantes.

Um dado relevante diz respeito à modalidade de ensino: 100% das entrevistadas cursaram o ensino superior de forma presencial, não havendo nenhuma formação na modalidade a distância (EaD). Essa realidade está em consonância com o tempo de formação declarado, anterior à popularização dos cursos EaD, que se intensificou a partir dos anos 2000. Embora atualmente a

modalidade EaD represente uma tendência crescente no ensino superior brasileiro, ela não se refletiu no grupo pesquisado.

A qualificação em nível de pós-graduação é um destaque positivo: todas as profissionais declararam possuir alguma titulação além da graduação. Entretanto, a distribuição da titulação entre as diferentes modalidades apontadas no roteiro de pesquisa — Pós-graduação, Residência, Mestrado e Doutorado — revela-se bastante desigual. Ao considerar apenas as formações *stricto sensu*, observa-se que apenas 2 entrevistadas (16,67%) cursaram o Mestrado, enquanto nenhuma possui titulação em nível de doutorado ou pós-doutorado. Esses dados apontam para uma possível dificuldade de acesso a esses níveis de formação acadêmica por parte das profissionais, que geralmente são oferecidos por instituições públicas com vagas limitadas e exigência de dedicação exclusiva.

As áreas de especialização das entrevistadas são diversas e revelam o caráter interdisciplinar da atuação profissional, incluindo temáticas como criança e adolescente, terceiro setor, direitos humanos, educação especial, saúde, assistência social, auditoria, gestão pública e políticas sociais. A diversidade temática indica tanto o interesse por múltiplas abordagens quanto a resposta a um mercado de trabalho que exige ampla capacitação, diante da escassez de oferta de cursos específicos da área em instituições públicas.

Os dados revelam um perfil de profissionais com trajetória formativa consolidada. Ao mesmo tempo, evidenciam desafios relacionados ao acesso à pós-graduação *stricto sensu* e à valorização da formação crítica e presencial frente à crescente mercantilização da educação superior no Brasil.

Adentrando nos achados da pesquisa relacionados ao terceiro eixo “Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s): relações e Condições de Trabalho de Assistentes Sociais”, observou-se que a grande maioria das entrevistadas (83,33%) possui apenas um vínculo empregatício, atuando exclusivamente como servidoras municipais. Apenas duas profissionais acumulam outros vínculos: uma atua também como docente no ensino superior privado, em regime celetista, e outra como prestadora de serviços ao Judiciário por meio de perícias sociais. A professora universitária ainda realiza horas extras no CAPS, configurando uma tripla jornada de trabalho. Apesar da maioria trabalhar apenas como servidoras municipais, observou-se que um terço das entrevistadas (33,33%) complementa a renda com horas extras em UBS ou CAPS, o que reflete a persistência da sobrecarga e da

necessidade de múltiplas frentes de trabalho, diante dos baixos salários da categoria.

Em relação à carga horária semanal, todas as entrevistadas cumprem 30 horas, conforme estabelecido pela Lei nº 12.317/2010. Um quarto delas teve sua jornada ajustada após a vigência da referida lei, mantendo, contudo, a integralidade salarial. Todas ingressaram no serviço público por meio de concurso, sendo que 75% estão vinculadas ao regime estatutário e 25% ao regime celetista. Essa distribuição é compatível com os dados nacionais e reflete a realidade observada especialmente na Região Sul.

A faixa salarial das profissionais é bastante variada: 33,33% recebem entre dois e quatro salários mínimos; 16,67% entre quatro e seis; 41,67% entre seis e oito salários mínimos; e apenas uma (8,33%) recebe mais de dez salários mínimos. Essa variação está diretamente relacionada ao regime jurídico e ao tempo de serviço, com vantagens mais evidentes no regime estatutário, que prevê progressões por tempo de serviço e titulação. O cruzamento dos dados revelou que as profissionais com salários mais altos também são aquelas com maior tempo de serviço, destacando-se uma entrevistada com 34 anos de atuação e renda superior a dez salários mínimos.

Quanto ao tempo de serviço no setor público municipal de saúde, há ampla diversidade: 25% têm três anos; 16,67% têm quatro anos; outras 16,67%, dez anos; e o restante das entrevistadas se distribui entre 11, 13, 15, 22 e 34 anos de exercício profissional. Isso demonstra uma composição de equipe com níveis variados de experiência, o que pode enriquecer o trabalho coletivo, mas também aponta para possíveis disparidades no acesso a benefícios e na estabilidade profissional.

Em síntese, os dados revelam que, apesar do ingresso por concurso e da estabilidade relativa proporcionada pelo setor público, as assistentes sociais enfrentam desafios estruturais como baixos salários, necessidade de múltiplas atividades para complementação de renda, e desigualdades internas relacionadas à progressão na carreira. Tais condições refletem o cenário nacional da categoria, caracterizado pela precarização do trabalho e pelas lutas históricas por valorização profissional.

Por fim, o último eixo, que está relacionado diretamente ao problema e aos objetivos da pesquisa aqui apresentada, se subdivide em dois blocos: 1) Demandas e requisições e 2) Ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos.

A primeira análise se refere às demandas e requisições direcionadas às assistentes sociais atuantes nas UBS de Maringá, a qual revela um trabalho profundamente marcado por contradições, burocratizações e tensões entre o ideal do projeto ético-político do Serviço Social e as exigências concretas do cotidiano institucional. A pesquisa evidencia que a maioria das atividades desenvolvidas está centrada em demandas de natureza emergencial assistencial e de educação, informação e comunicação em saúde, configurando um perfil de atendimento pontual, fragmentado e, em muitos casos, desviado das atribuições profissionais da categoria.

As demandas emergenciais estão fortemente relacionadas à ausência ou à ineficiência das políticas públicas, especialmente no que tange ao acesso a medicamentos não padronizados, fórmulas infantis especiais, dieta enteral, exames e procedimentos fora do rol de cobertura do SUS. Tais situações revelam uma constante sobrecarga do Serviço Social, que assume responsabilidades de cunho administrativo que não lhe competem, como a verificação documental para planejamento familiar, entrega de vale-transporte e mediação de fila de espera de consultas especializadas.

A presença de “protocolos” institucionais funciona como mecanismo normativo que, ao invés de garantir direitos, muitas vezes opera como barreira de acesso aos serviços. As assistentes sociais se veem impelidas a atuar como “filtros” para o não atendimento, comunicando negativas ou legitimando exclusões que contrariam os princípios da universalidade e equidade do SUS. Isso contribui para o enfraquecimento da função crítica da profissão, reduzida a um papel burocrático e operacional.

Paralelamente, o cotidiano profissional é atravessado por um modelo de “plantão social”, caracterizado por atendimentos pontuais, individuais e reativos a demandas espontâneas ou encaminhamentos diversos, sem espaço para planejamento, avaliação ou continuidade do cuidado. Essa lógica impede o aprofundamento das análises sociais e a construção de estratégias coletivas de enfrentamento das expressões da questão social.

O trabalho profissional também é marcado pela mediação de situações complexas, como as relacionadas às violências, com maior demanda para as situações contra a pessoa idosa. Ainda que essas situações demandem acompanhamento qualificado, a carência de serviços, a alta demanda dos

chamados “protocolos” e o esvaziamento das políticas públicas tornam a intervenção limitada e precarizada.

A análise das respostas das entrevistadas demonstra uma insatisfação com a execução de atividades que não são atribuição ou competência de assistente sociais. Identificam-se atividades indevidas como produção de atas, ofícios, entrega de vale-transporte, verificação de filas de espera em serviços de saúde, órtese, prótese e pareceres para situações cuja análise social não é necessária, evidenciando uma sobreposição de tarefas que esvazia a função estratégica da profissão.

Outro ponto de destaque relacionado às demandas indevidas, se dá na pontuação pela maioria das entrevistas do “protocolo” de exames não padronizados, onde a função da assistente social é reunir os documentos e realizar um mero encaminhamento administrativo ao setor responsável. Nas respostas das entrevistadas é possível identificar que em vez de facilitar o acesso dos/as pacientes aos serviços, o Serviço Social é utilizado como um mecanismo para burocratizar e dificultar o mesmo, criando barreiras, e não a garantia de direitos.

Em outro trecho de fala, uma entrevistada refere que “[...] existem demandas, requisições institucionais que vêm pra gente de cima pra baixo, que dificultam o acesso ao usuário daquilo que é um direito dele (entrevistada 10)”. Logo, as assistentes sociais se veem realizando tarefas que não são próprias de sua função, como “falar o não para o usuário” ou elaborar “um processo para que ele obtenha uma negativa”, se sentindo como uma executora de decisões já tomadas. Em algumas citações das entrevistas é possível perceber que as assistentes sociais acabam assumindo tarefas que não lhes são próprias, como comunicar a negativa de atendimentos ou elaborar processos com o intuito de formalizar essa recusa, sentindo-se, assim, como meras executoras de decisões previamente determinadas.

Em síntese, o cenário revelado aponta para um grave tensionamento entre os fundamentos críticos do Serviço Social e a realidade institucional na saúde pública. A racionalidade pragmática, centrada na resposta imediata e utilitarista, tende a aprisionar o exercício profissional em práticas repetitivas e pouco reflexivas, comprometendo a dimensão analítica, política e emancipatória do trabalho do assistente social.

A segunda e última análise dos dados da pesquisa, se refere às ações profissionais, instrumentos técnico-operativos e procedimentos.

O trabalho de assistentes sociais nas UBS de Maringá, à luz dos dados levantados neste bloco de análise, revela um panorama repleto de contradições entre o que se idealiza como exercício profissional crítico e o que de fato se realiza cotidianamente. As ações profissionais desenvolvidas, os instrumentos utilizados e os procedimentos adotados refletem tanto a complexidade da intervenção na política de saúde quanto os limites impostos pela institucionalidade, pela burocratização e pela fragilidade da formação continuada.

Com relação às ações profissionais apontadas pelas entrevistadas, observou-se uma concentração majoritariamente na modalidade individual: atendimentos presenciais, visitas domiciliares, encaminhamentos e reuniões com a equipe. Tais ações, embora fundamentais, quando isoladas e repetitivas, tendem a despolitizar a ação do Serviço Social, desviando o foco das determinações estruturais da questão social e direcionando a intervenção para a resolução pontual de demandas imediatas. A centralidade no atendimento individualizado pode comprometer a articulação com ações de caráter coletivo e com estratégias voltadas à promoção de direitos e ao fortalecimento da cidadania. A baixa incidência de ações coletivas, como grupos socioeducativos, rodas de conversa ou oficinas, reforça essa tendência. Apenas uma profissional mencionou a realização de “atividade coletiva”, o que evidencia um descompasso entre as diretrizes da Atenção Básica. Ações dessa natureza são essenciais para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e para o fortalecimento da participação popular, sendo inclusive recomendadas pelas normativas do SUS.

No que tange à dimensão técnico-operativa, as entrevistas evidenciam uma confusão conceitual recorrente entre ações, instrumentos e procedimentos. Essa sobreposição, embora compreensível diante da rotina intensa e da fragmentação das tarefas, demonstra uma lacuna na apropriação teórico-metodológica que compromete a sistematização, a clareza e a intencionalidade da intervenção. Termos como “relatório”, “visita domiciliar” e “atendimento” são utilizados indistintamente para designar instrumentos, procedimentos ou ações, o que dificulta a qualificação do trabalho e a defesa da especificidade profissional.

Destaca-se a participação de parte das assistentes sociais em espaços de controle social e instâncias intersetoriais, como conselhos, comitês e grupos técnicos. Essa inserção revela uma dimensão político-organizativa que, embora ainda restrita, sinaliza possibilidades de resistência e de reconstrução do papel do

Serviço Social no campo da saúde, sobretudo no enfrentamento das desigualdades e na promoção da intersetorialidade.

Adicionalmente, observa-se o reconhecimento das reuniões mensais da categoria como espaços formativos. Ainda que nem todas as profissionais estejam inseridas em cursos de capacitação formais, há um esforço em manter-se atualizadas, seja por meio de encontros entre pares, seja por leituras e participações esporádicas em eventos. Esse aspecto evidencia a potência da formação permanente como um processo coletivo e contínuo, essencial à renovação crítica do trabalho profissional.

O planejamento, elemento estruturante da intervenção crítica, aparece fragilizado. Apenas quatro das doze entrevistadas relataram possuir plano profissional de trabalho. Embora a maioria organize semanalmente sua agenda no sistema gestor, tal organização se mostra reativa, limitada pela demanda espontânea e pelas urgências institucionais. Poucas profissionais indicaram utilizar o planejamento como ferramenta estratégica, orientada por objetivos, metas e avaliações — aspectos fundamentais para romper com a lógica improvisada e burocrática da rotina.

Os resultados demonstraram que, embora haja a percepção da importância do planejamento, sua realização ainda se dá, em grande parte, de forma assistemática, fragmentada e muitas vezes reativa. A rotina institucional, influenciada pelo volume de demandas cotidianas, tem determinado o ritmo e o conteúdo do trabalho das assistentes sociais, comprometendo a possibilidade da realização de um planejamento estratégico pautado no exercício profissional crítico e propositivo.

Neste sentido, a pesquisa revelou uma lacuna importante na sistematização do planejamento profissional de assistentes sociais na UBS no município de Maringá, o que pode fragilizar a intencionalidade das ações profissionais. Ainda que existam diretrizes e protocolos institucionais, a ausência de planos de trabalho construídos de forma crítica pode limitar a eficácia das ações e reduzir o exercício profissional à mera execução de tarefas. Essa constatação é especialmente relevante, uma vez que não há publicações sistematizadas sobre o trabalho de assistentes sociais na APS de Maringá.

Portanto, os dados revelam um exercício profissional tensionado entre a resistência e a reprodução, entre a ação crítica e a resposta imediata. A presença de

ações fragmentadas, confusão conceitual e fragilidade no planejamento aponta para a necessidade urgente de (re) construção de um trabalho mais articulado ao projeto ético-político do Serviço Social, com centralidade no enfrentamento das expressões da desigualdade e na efetivação de direitos.

Frente a esse contexto, reforça-se a urgência de resgatar e afirmar o projeto ético-político da profissão, repactuar os limites do trabalho profissional dentro da política de saúde e fortalecer espaços coletivos de discussão e resistência.

Os resultados da pesquisa aqui apresentados, conferem à presente dissertação o caráter inédito e relevante, tanto para a categoria profissional quanto para a gestão pública. Neste sentido, este estudo representa a primeira tentativa de sistematização do trabalho de assistentes sociais na UBS, até então dispersas e não registradas, contribuindo para o fortalecimento da profissão no município e preenchendo uma lacuna importante na produção acadêmica.

Do ponto de vista pessoal e profissional, esta pesquisa representou um importante processo de amadurecimento e uma oportunidade de aprofundamento teórico e prático, ampliando minha compreensão sobre o exercício profissional e sobre os desafios e possibilidades do planejamento na política de saúde, reafirmando o compromisso com os princípios do projeto ético-político da profissão.

Como forma de devolutiva ética desta pesquisadora, estão previstas oficinas com as assistentes sociais que trabalham nas UBS em Maringá, com o intuito de compartilhar os resultados, promover a troca de experiências e fomentar a construção coletiva de planejamento sistematizado, estimulando a construção de planos de trabalho coerentes com os fundamentos do Serviço Social. Além disso, pretende-se dialogar com a gestão municipal por meio da criação de um espaço de escuta, no qual os resultados desta pesquisa possam ser apresentados, com o objetivo de obter apoio para uma possível reestruturação e efetiva otimização do trabalho das assistentes sociais nas UBS, em consonância com as normativas vigentes. Esta devolução é entendida não apenas como uma obrigação ética, mas como parte constitutiva do compromisso profissional com o fortalecimento da categoria e o aprimoramento do trabalho.

Entre os grandes achados desta pesquisa, destaco:

- A ausência de uma cultura institucional de planejamento sistemático nas UBS;

- O predomínio de ações profissionais orientadas pelas demandas imediatas, com pouca articulação coletiva;
- A consciência, por parte das profissionais, da importância do planejamento como estratégia de fortalecimento da autonomia e qualificação do exercício profissional;
- A carência de espaços de formação continuada sobre planejamento, o que reforça a necessidade de ações formativas permanentes.

Por fim, os achados desta dissertação reforçam que o planejamento não deve ser compreendido como um mero instrumento burocrático, mas como espaço estratégico para a reflexão crítica, a formulação de objetivos alinhados ao projeto ético-político do Serviço Social e a superação do trabalho pautado em ações imediatistas.

Espero que este trabalho possa inspirar outras iniciativas de pesquisa e sistematização em diferentes realidades municipais, contribuindo para a valorização e visibilidade do Serviço Social na saúde.

REFERÊNCIAS

ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **ABEPSS Itinerante: As Diretrizes Curriculares, o debate étnico-racial e os projetos pedagógicos**. ABEPSS: maio a junho de 2024. Disponível em: <<https://itinerante24.abepss.org.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2025.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <<https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/unid-3-producao-de-conhecimento-e-estrategias-de-intervencao/texto-17-almeida-ney-luiz-teixeira-de-retomando-a-tematica-da-201csistematizacao-da-pratica201d-em-servico-social-in-servico-social-e-saude-formacao-e-trabalho-profissional>> Acesso em: 7 Jul. 2024.

ALENCAR, Mônica Maria Torres de; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira**. In: *O Social em Questão*. nº 34, 2015, p. 161-180.

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **A demanda no processo de trabalho dos assistentes sociais e sua configuração em serviços de saúde**. *Revista Serviço Social & Saúde*, Campinas, vol. 19, p. 1-17, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/sss.v19i0.8661050>> Acesso em: 5 abr. 2025.

ANTUNES, Ricardo. **A classe-que-vive-do-trabalho: a forma de ser da classe trabalhadora hoje**. In: ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999, p. 101-117.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo**. In: *Política social [livro eletrônico] : fundamentos e história*. Biblioteca básica de serviço social, v. 2. São Paulo: Cortez, 2017, p. 204-264.

BENEVIDES, Regina.; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Revista Interface, 9 (17): 389-394, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 30 Out. 2024.

BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. **As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde.** Revista de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas n. 41, Rio de Janeiro, 2007, p. 187-209. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/nyLsQ5tM53TVs5PXmqRznfQ/>> Acesso em: 27 fev. 2025.

BONI, Valdete Boni; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>> Acesso em: 10 Nov. 2022.

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

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília, DF: 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.317, de 26 de Agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social.** Brasília, DF: 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12317.htm> Acesso em: 16 ago. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm> Acesso em: 19 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da Educação Superior 2022: divulgação dos resultados.** Brasília, DF: 2023. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2022/apresentacao_censo_da_educacao_superior_2022.pdf> Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 30 Out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. Define algumas categorias de nível superior como sendo as de profissionais de saúde.** Brasília, DF: 1997. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>

Acesso em: 09 Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília, DF: 2008. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>

Acesso em: 10 Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>

Acesso em: 06 Jul. 2024.

BRASIL. 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).** Brasília, DF: 2011. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

Acesso em: 7 Jul. 2024.

BRASIL. 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: 2017. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

Acesso em: 2 Nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.**

Brasília, DF: 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html> Acesso em: 9 Nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 6.425, de 4 de abril de 2008. **Dispõe sobre o censo anual da educação.** *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 7 abr. 2008. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6425.htm> Acesso em: 9 Nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>> Acesso em: 9 Nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota conjunta SAPS/CONASS/CONASEMS 01/2024: Orientações sobre a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: 2024. Disponível em: <<https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-conjunta-saps-conasems-conass-novo-financiamento-aps-1-1719004840.pdf>> Acesso em: 3 Out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o projeto de combate à desinformação do Ministério da Saúde.** Brasília, DF, s.d. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/sobre#:~:text=O%20Sa%C3%BAde%20com%20Ci%C3%A4ncia%20%C3%A9,e%20a%20valoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20ci%C3%A4ncia>> Acesso em: 23 nov. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Reforma Sanitária.** In: *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde.* Uberlândia, MG: Navegando Publicações, 2024, p. 357-363.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A saúde no Brasil na década de 90 – projetos em disputa.** In: **BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; SOUZA,**

Rodriane de Oliveira; FREIRE, Silene de Moraes (organizadores). *Pessimismo da razão e otimismo da vontade*. Curitiba : CRV, 2024, p. 217-223.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004.

BRAZ, Marcelo. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social**. In: *Assistente social: ética e direitos*. Rio de Janeiro: CRESS/7a. Região, 2005.

CAITETE, Tainá Souza. **Humanização**. In: *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde*. Uberlândia, MG: Navegando Publicações, 2024, p. 267-273.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília, DF: CFESS, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 27 abr. 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS Nº 383/1999**. Brasília: 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acesso em: 29 out. 2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília: 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2024.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Hoje é o Dia Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial, 21 de março: CFESS e CRESS possuem Comitês Antirracistas e assistentes sociais podem participar.** Brasília, 21 de Março de 2024. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2092>> Acesso em: 02 fev. 2025.

COELHO, Marilene A. **Imediaticidade na prática profissional do assistente social.** In: FORTI, V. L.; GUERRA, Y. A. D. (Org.). *Serviço Social: temas, textos e contextos.* Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 23-43.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção das/dos assistentes sociais.** Serviço Social e Sociedade. **Revista Quadrimestral de Serviço Social** – Ano XXI, nº 62. São Paulo: Cortez, março de 2000. Disponível em: <<https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:473>> Acesso em: 11 mar. 2025.

DELGADO, Leila Baumgratz. **Espaço sócio-ocupacional do assistente social: seu arcabouço jurídico-político.** In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: n. 113, p. 131-151, jan./mar. 2013.

FRASÃO, Gustavo, RIBEIRO, Karol. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Ministério da Saúde, 3 de novembro de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,prim%C3%A1ria%2C%20aten%C3%A7%C3%A3o%20secund%C3%A1ria%20e%20terci%C3%A1ria>> Acesso em: 4 jan. 025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Anne Grace, VALLE, Débora Cristina Sampaio do. **O assistente social na Atenção Primária à Saúde: o profissional de Serviço Social inserido nas Unidades**

Básicas de Saúde do Município de Maringá. Londrina: 2015.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. **Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família.** Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro: 2020, p.1327-1337. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>> Acesso em: 2 Out. 2024.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão teórico-metodológica no trabalho de assistentes sociais.** In: HORST, Claudio H. M.; ANACLETO, Talita Freire M. *A Dimensão técnica-operativa no trabalho de assistentes sociais* [livro eletrônico]. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (Orgs.) Belo Horizonte: CRESS, 2023, p. 42-57.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda. **Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares.** *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 39-49, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/kt.v16i0>>. Acesso em: 29 mar. 2025.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional.** In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos* [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez, 2017, p. 48-77.

GUERRA, Yolanda; REPETTI, Gustavo Javier; FILHO, Antonio Andrade; SILVA, Platini Boniek Sardou da; ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. **Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate.** Anais do XV ENPESS, 2016. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>> Acesso em: 06 fev 2025.

HENRIQUE, Layane. **O que é a PEC da transição:** tudo que você precisa saber. Politize, 17 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www.politize.com.br/pec-da-transicao/?https://www.politize.com.br/&gad_source=1&gclid=CjwKCAiAl4a6BhBqEiwAqvrqumzqjlfnl4BpKthFGVfNyve88fmWjke6GJoPIIC5SmEayod7vVA3HRoCwJEQAvD_BwE> Acesso em: 23 nov. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Divisão do Trabalho e Serviço Social.** In: Renovação do Conservadorismo no Serviço Social - Ensaio Crítico. - 7. ed. - São Paulo: Cortez, 2004, p. 54-112.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A produção teórica brasileira sobre os fundamentos do trabalho do assistente social.** In: *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.* 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 209-333.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais - CFESS, ABEPSS. CEAD/UnB. Brasília. 2009, p. 342-375. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2024.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Parte I - Capítulo 2: O Serviço Social no Processo de Reprodução das Relações Sociais. Parte II: Capítulo 1: A Questão Social nas Décadas de 1920-1930 e as Bases para a Implantação do Serviço Social. Capítulo 2: Protoformas do Serviço Social.** In: IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.* São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 19ª ed., 2006, p. 71-121; 125-234.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>> Acesso em: 28 dez. 2024.

INOCENTE, Carmen Abilene Soriano. **Histórico Serviço Social**. Maringá: 2024, p. 1-2.

KRÜGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 9, n. 10, Dez. 2010. p. 123-145.

LACERDA, Nara. **Do desmonte ao respiro: saúde viveu retomada em 2023, mas precisa superar desfinanciamento histórico**. Brasil de Fato, São Paulo, 31 de dezembro de 2023. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2023/12/31/do-desmonte-ao-respiro-saude-viveu-retomada-em-2023-mas-precisa-superar-desfinanciamento-historico>> Acesso em: 23 nov. 2024.

LOPES, Cinthia Fonseca. **Competências e atribuições do assistente social: qual o ponto de partida?**. In: *Competências e atribuições do/a assistente social: requisições e conhecimentos necessários*. Fortaleza: Socialis Editora, 2018, p. 9-32.

MARINGÁ, Prefeitura de. **Serviços de Saúde - unidades de saúde, suas competências e a escala dos profissionais de saúde que nelas atuam**. Maringá, s.d. Disponível em: <<http://www3.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=servicos-saude>> Acesso em: 30 dez. 2024.

MARINGÁ, Prefeitura de. **Protocolo de atuação da/o assistente social na Atenção Básica**. Maringá, 2024. Disponível em: <<http://www3.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/37f09d81098a.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2025.

MARTINS, LUIZA M. **A falta de professores pretos nas universidades brasileiras: consequências de uma estrutura educacional excludente**. Jornal o Casarão, 2023. Disponível em: <<https://jornalocasarao.uff.br/2023/12/20/a-falta-de-professores-pretos-na-universidades-brasileiras-consequencias-de-uma-estrutura-educacional-excludente/>> Acesso em: 07 set. 2024.

MARX, Karl. **Capítulo 17:** Transformação do valor (ou preço) da força de trabalho em salário. **Capítulo 23:** A lei geral da acumulação capitalista. In: MARX, Karl.. *O capital: crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017. p. 740-749; 835-958. Disponível em: <<https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/marx-e-engels/o-capital-livro-1.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2023.

MATOS, Maurílio Castro de. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zKqHPXTYyTSPvMBrGZnzgjm/>> Acesso em: 28 abr. 2024.

MERHY, Emerson Elias, CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP): mar, 2003, [cerca de 16p.]. Disponível em: <<https://www2.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDAD-E-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. **O trabalho em serviços: contribuições para o debate do Serviço Social**. Em Pauta, Rio de Janeiro, 2012, n. 30, v. 10, p. 83-101. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/5106/3747.>> Acesso em: 08 mar. 2023.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde - desafios intelectuais e operativos**. SER Social, Brasília, 2009, v. 11, n. 25, p. 221-243.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: RAICHELIS, Raquel (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Brasília: OPAS; Ministério da Saúde, 2006. p. 1-30. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1379620/mod_resource/content/1/Vera%20e%20Mio%20planejamento%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 28 mar. 2025.

MORENO, Roberta Vilela; WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **O trabalho do assistente social na política de saúde: desvendar de seu exercício profissional**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Vitória, 2018, v. 1, n. 1, p. 1-14. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22538>> Acesso em: 08 dez. 2024.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **A intervenção estatal nos “anos dourados”**. In: *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2011, p. 212-220. (Biblioteca básica - Serviço Social; v.1).

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1996, p. 11-78.

NETTO, José Paulo.. **Cinco Notas a propósito da “questão social”**. In: **Temporalis**. Brasília, DF: ABEPSS, ano III, n. 03, jan-jun 2001, p. 41-49.

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

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria; TUMELEIRO, Silvana Marta. **A relativa autonomia do assistente social na implementação das políticas sociais: elementos explicativos**. **O Social em Questão** – ano XVIII, n. 43, 2015, p. 351-366. Disponível em:

<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_9_Nogueira_Tumelero.pdf>

Acesso em: 8 mar. 2023.

NORONHA, José Carvalho de, SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001, p. 445-450. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/ffQBwmvLX6KgkDFMtMKYH4k/>> Acesso em: 18 nov. 2024.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/>> Acesso em: 13 out. 2024.

PARANÁ. **Manual de regulamentação para Tratamento fora de Domicílio/ TFD no Sistema Único de Saúde – SUS - PR.** Curitiba: 2007. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/del_2007_034_1_07.pdf> Acesso em: 30 jun. 2024.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. **A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais.** In: HORST, Claudio H. M.; ANACLETO, Talita Freire M. *A Dimensão técnica-operativa no trabalho de assistentes sociais* [livro eletrônico]. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (Orgs.) Belo Horizonte: CRESS, 2023, p. 78-95.

PAULO, Folha de São. **Ranking de cursos de graduação.** São Paulo: 2019. Disponível em: <<https://ruf.folha.uol.com.br/2019/ranking-de-cursos/servico-social/>> Acesso em: 15 ago. 2024.

PORTES, Lorena Ferreira. **Os fundamentos ídeo-políticos da direção social que orienta a formação profissional em Serviço Social no Brasil: a apreensão de assistentes sociais docentes que atuam em escolas paranaenses.** 2016. 369 f. Tese

(Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, 2016.

RAMOS, Adriana; ORTIZ, Fátima Grave; PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de. **Capítulo 2.1 – O cotidiano profissional do/a assistente social como ponto de partida para a reflexão sobre a dimensão técnico-operativa.** In: RAMOS, Adriana; ORTIZ, Fátima Grave; PEREIRA DE PAULA, Luciana Gonçalves (Orgs.). *O trabalho profissional do/a assistente social e suas possibilidades: reflexões sobre as dimensões constitutivas do Serviço Social* [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2023, p. 69-108.

RAICHELIS, Raquel. **Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo.** In: *A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2017, p. 25-65. Disponível em: <<https://doceru.com/doc/x0vn8ex>> Acesso em: 13 mar. 2023.

RAICHELIS, Raquel. **Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no Serviço Social.** In: *Atribuições Privativas do/a assistente social em questão*. Brasília, DF: CFESS, 2020, p. 11 – 42. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS202-AtribuicoesPrivativas-Vol2-Site.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2024.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal.** In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais - CFESS, ABEPSS. CEAD/UnB*. Brasília. 2009, p. 1 - 17. Disponível em: <<https://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>> Acesso em: 18 mar. 2024.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; SOUZA FILHO, Rodrigo de; SILVA, Sheila Backx. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão.** In: **GUERRA, Yolanda; BACKX, Sheila; SANTOS, Cláudia Mônica dos** (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos* [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez, 2017. p. 24-47.

SENADO, Agência. Senado Notícias, 2016. **PEC que restringe gastos públicos é aprovada e vai a promulgação.** Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/13/pec-que-restringe-gastos-publicos-e-aprovada-e-vai-a-promulgacao>> Acesso em: 19 nov. 2024.

SILVA, José Fernando Siqueira de. **Serviço Social: de qual emancipação se fala?**. In: *Serviço Social: resistência e emancipação?*. - 1. ed. - São Paulo: Cortez, 2013, p.184-220.

SILVA, Letícia Batista; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Determinação social do processo saúde doença.** In: MATOS M. C.; BERNARDO M. H. J.; VELOSO, R.; OLIVEIRA, D. L. de, SOUZA (Orgs.). *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde*. Uberlândia, MG: Navegando Publicações, 2024, p. 164-169.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Racionalidade da Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês et al. (Org.). *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012, p.85-108.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos.** *Rev. Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/>> Acesso em: 02 jun. 2024.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social.** In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. p. 1-19.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, Junho 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/> Acesso em: 19 out. 2024.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária.** In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6046156/mod_resource/content/1/TEIXEIRA%2C%20SF.%20Reflex%C3%B5es%20te%C3%B3ricas%20sobre%20democracia%20e%20reforma%20sanit%C3%A1ria.pdf> Acesso em: 20 Out. 2024.

TRINDADE, Rosa Lúcia Pédrés. **Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais.** In: GUERRA, Yolanda; BACKX, Sheila; SANTOS, Cláudia Mônica dos (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos* [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez, 2017, p. 75-108.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cenário da Exclusão Escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação.** Brasil: 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/14026/file/cenario-da-exclusao-escolar-no-brasil.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2024.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na saúde.** In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2001, p. 1-32. Disponível em: <https://www.kufunda.net/publicdocs/texto-Servi%C3%A7o-Social-e-Pr%C3%A1ticas-Democr%C3%A1ticas-na-Sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em: 9 mar. 2025.

WILSING, Roberta Vilela Moreno. **Cap I: 1. As faces do capitalismo:** uma história marcada pelas alianças do grande capital **e Cap II: A roda gigante que gira a favor do grande capital:** o conhecer da história como esperança de ruptura. In: *O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: o desvelar do cotidiano do exercício profissional nas instituições.* Tese (Doutorado em Serviço Social). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2022, p.58-121.

APÊNDICE A

Pesquisa - TCLE e roteiro de entrevista


15 de dezembro de 2023 11:24

De: Suellen Galvan

Para: ubs.servicosocial

 QUESTIONÁRIO.docx.pdf (76,4 KB) [Fazer download](#) | [Remover](#)  TCLE - último.docx.pdf (93,9 KB) [Fazer download](#) | [Remover](#)

 [Fazer download de todos os anexos](#)

 [Remover todos os anexos](#)

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MARINGÁ-PR: AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO TRABALHO PROFISSIONAL, a ser realizada em local previamente agendado. Os objetivos da pesquisa estão no Termo de Consentimento - anexo.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Em breve entrarei em contato para o agendamento das entrevistas.

Obs: O TCLE - anexo - é para leitura prévia, pois levarei impresso em 2 vias para assinatura no dia da entrevista agendada. O roteiro - anexo - é para apreciação prévia, não é necessário preenchê-lo, pois farei a entrevista presencial ou em último caso via remoto.

Atenciosamente.

Suellen Pricila Galvan

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MARINGÁ-PR: AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO TRABALHO PROFISSIONAL

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MARINGÁ-PR: AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO TRABALHO PROFISSIONAL**, a ser realizada em local previamente agendado.

Os objetivos da pesquisa são:

Geral:

Investigar se o exercício profissional realizado pelos/as assistentes sociais nas UBSs, considerando as requisições e demandas no cotidiano profissional, têm possibilitado o desenvolvimento das competências e atribuições privativas.

Específicos:

- Descrever o modo como o/a assistente social organiza e executa o processo de trabalho no qual está inserido na UBS;
- Identificar as contradições no espaço sócio-ocupacional da UBS, buscando elucidar como afetam ou não, a efetivação do processo de trabalho em que o assistente social está inserido;
- Problematicar sobre os desafios/limites e possibilidades atuais para o exercício profissional do/a assistente social na UBS.

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: através de entrevistas, as quais, serão realizadas somente diante do consentimento dos participantes e só terá início após a leitura e coleta das assinaturas neste instrumento, sendo que será preenchido em duas vias de igual teor, uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue para o participante. Será agendada previamente entrevista individual e presencial, na impossibilidade da última, será realizada via plataforma digital do Google Meet, considerando a Carta Circular n. 1/2021- CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre as Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, sendo projetado o tempo de 20 a 30 minutos para a entrevista. As entrevistas presenciais acontecerão na UBS e serão gravadas e transcritas na íntegra. Os nomes

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

das entrevistadas serão mantidos em sigilo e a gravação será destruída após a transcrição das entrevistas.

Existe um risco mínimo: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Apresentando apenas risco mínimo de desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas. Em casos de danos decorrentes da presente pesquisa, asseguro que o participante receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que se fizer necessário. Ressalto que os custos sob responsabilidade da pesquisadora de modo a não onerar o serviço público de saúde. Para minimizar estes riscos, a pesquisadora assegura que: as entrevistas acontecerão em um local privado e sem interferência de terceiros para a realização da coleta; o/a participante terá acesso as perguntas, antes da gravação da entrevista, caso seja de sua vontade; a qualquer tempo, poderemos esclarecer possíveis dúvidas do/a participante sobre sua participação e uso de suas respostas/opiniões/considerações, para fins de pesquisa; a pesquisadora aceitará a solicitação de interrupção da gravação do procedimento em áudio, pelo/a participante ou providenciar tal interrupção, caso observe alterações de humor ou saúde que coloquem o participante em risco durante a coleta de dados.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que será garantido o absoluto sigilo e a privacidade de sua participação, de modo a preservar a sua identidade. Os dados coletados são confidenciais e serão utilizados unicamente para fins de pesquisa.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: que este estudo traga informações importantes sobre a temática abordada, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para a categoria profissional. Para tanto, o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos em sua pesquisa.

Segundo o site do CEP: "O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) é um colegiado de avaliação de projetos de pesquisa. O CEP-UEL foi criado em 1997 para atender as resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos seguindo uma tendência mundial de defesa aos participantes de pesquisa. A avaliação ética dos projetos de pesquisa do CEP-UEL é pautada nas

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

resoluções vigentes do Ministério da Saúde ([Resolução 466/2012](#) e [Resolução 510/2016](#)) e na Norma Operacional do Conselho Nacional de Saúde ([Normal Operacional CNS 001/2013](#))."

Caso você tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos poderá nos contatar: Suellen Pricila Galvan, [REDACTED] ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2024.

Pesquisador Responsável:

Suellen Pricila Galvan
[REDACTED]

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

Roteiro do questionário a ser aplicado às Assistentes Sociais que atuam em Unidades Básicas de Saúde - UBS em Maringá-PR.

1. Dados de identificação do Assistente Social:

1.1. Sexo:

Feminino Masculino

1.2. Faixa etária:

20 a 24 anos de 25 a 34 anos
 de 35 a 44 anos de 45 a 54 anos
 de 55 a 64 anos mais do que 65 anos

1.3. **Pertença** **étnico-racial**
 (autodeclaração): _____

1.4. **Religião**
 (autodeclaração): _____

1.5. Situação Conjugal:

Solteira (o) Divorciada (o) União estável
 Casada (o) Viúva (o)

2. Dados sobre a formação:

2.1. Tempo de graduação:

recém formado (até 1 ano)
 de 1 a 5 anos de 6 a 10 anos
 de 11 a 15 anos 16 a 20 anos
 de 21 a 25 anos mais de 25 anos

2.2. Instituição Formadora:

2.3. Em qual o Estado a instituição de ensino se localiza?

2.4. Natureza da Instituição Formadora:

Pública
 Privada

() Privada profissional

() Privada comunitária

2.5. Modalidade do Curso:

() Presencial

() Ensino a distância

2.6. Titulação:

Especialização:

Mestrado:

Doutorado: _____

—

Pós-doutorado:

2.7. Em que área de conhecimento realizou especialização, e/ou mestrado, doutorado?

3. Dados referente ao (s) vínculo (s) empregatício (s):

3.1. Possui mais do que um vínculo empregatício na área do Serviço Social?

() Sim

() Não

3.2. Os espaços sócio-ocupacionais ficam no mesmo município?

() Sim

() Não

3.3. Qual a natureza do segundo Vínculo Empregatício:

() Público Municipal

() Público Estadual

() Público Federal

() Organização da Sociedade Civil - OSC

() Empresa privada

() Outra: _____

3.4. Realiza alguma outra atividade para complementação de renda? Se a resposta for afirmativa, qual seria?

3.5. Sua jornada de trabalho semanal sempre foi de 30h/semanais?

Sim Não

Se a resposta for não, desde quando você realiza 30h?

3.6. Tipo do Vínculo Empregatício na prefeitura:

estatutário CLT

3.7. Faixa salarial:

- de dois salários mínimos a quatro salários mínimos
 de quatro salários mínimos a seis salários mínimos
 de seis a oito salários mínimos
 de oito salários mínimos a dez nove salários mínimos
 acima de dez salários mínimos

3.8. Há quanto tempo você é servidora municipal na política de Saúde em Maringá? _____

3.9. Você é referência de quantas UBS? _____

Que totaliza quantas ESF? _____

4. Dados referente a supervisão de campo:**4.1. Possui estagiário/a?**

Sim Não

4.2. Se sim, quantos/as estão sob sua supervisão:

Um Dois Três

5. Planejamento profissional:**5.1. Você possui um plano/projeto profissional de trabalho?**

Sim Não

5.2. Como sua semana de trabalho é planejada?

5.3. Você participa de reuniões periódicas com outros colegas de profissão ou profissionais de outras áreas de atuação, para a realização do planejamento do seu trabalho?

Sim Não

5.4. Você costuma sistematizar/documentar as ações profissionais que você desenvolve?

Sim Não

Se a resposta for sim, discorra sobre.

5.5. De que forma você se capacita/atualiza para o trabalho profissional? Você realiza curso de atualização, capacitação, pós-graduação ou outro tipo de estratégia?

5.6. Você costuma ser chamada/convidada para participar da elaboração de fluxos e protocolos que envolvem o trabalho do/a assistente social na UBS?

Sim Não

Se a resposta for sim, cite-a (s).

6. Ações, demandas e requisições profissionais:

6.1. Quais são as demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional?

6.2. Quais as requisições institucionais que lhes são requeridas?

6.3. Você atende a demandas/requisições rotineiras, que fogem do que foi previamente planejado?

Sim Não

Se a resposta for sim, cite-a (s).

6.4. Diante das demandas/requisições atendidas, quais as ações profissionais que você realiza?

6.5. Quais os instrumentais técnico-operativos utilizados para o desenvolvimento de sua ação profissional?

6.6. Você realiza alguma função/ação que acredita não se caracterizar como atribuição ou competência profissional do/a Assistente Social? Se sim, cite-as.

6.7. Você participa de alguma instância de controle social (conselho, comissão, grupo de trabalho) ou seria espaço político-administrativo?

Sim Não

Se a resposta for sim, cite-a (s).

7. Exercício profissional no cenário pós-pandêmico:

7.1. A pandemia impôs alguma mudança nas requisições profissionais (usuários, institucionais)?

Sim Não

Se a resposta for sim, cite-a (s).

7.2. Você necessitou fazer uso de TICs - tecnologia da informação e comunicação, com mais frequência ou como forma de atuação, durante e/ou após a pandemia?

Sim Não

Se a resposta for sim, cite-a (s).

8. Condições éticas e técnicas do exercício profissional (RESOLUÇÃO CFESS Nº 493/2006)

8.1. Você possui uma sala exclusiva para atendimentos?

Sim

Não.

Explique. _____

8.2. A sala dispõe de espaço suficiente para abordagens individuais ou coletivas?

() Sim

() Não.

Explique. _____

8.3. Das características abaixo, quais são do espaço que utiliza para atendimentos na UBS?

() Iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno (conforme a organização institucional);

() Garantia de privacidade do usuário naquilo que for revelado;

() Ventilação adequada para atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;

() Espaço para colocação de arquivos de uso exclusivo e com chave (guarda de material técnico de caráter reservado).

8.4. De acordo com as respostas deste tópico 8, você acredita que possui os recursos físicos/ materiais suficientes para o desenvolvimento do seu trabalho, conforme as resoluções preconizadas? Discorra.

9. Desafios e potencialidades:

9.1. Qual tem sido o maior desafio ou limitação para o exercício profissional nos tempos atuais?

9.2. Destaque aspectos positivos com relação ao exercício profissional.
