

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

LÍVIA CAROLINA BRAGA KAPEL PEREZ SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

**Juiz de Fora
2024**

LIVIA CAROLINA BRAGA KAPEL PEREZ SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Serviço Social da
Universidade Federal de Fora como requisito à
obtenção do grau de bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Braga Kapel Perez Silva, Livia Carolina.

Atuação do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde: Desafios e Possibilidades / Livia Carolina Braga Kapel Perez Silva. -- 2024.

66 p.

Orientadora: Marina Monteiro de Castro e Castro

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2024.

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviço social. 3. Política de saúde. I. Monteiro de Castro e Castro, Marina, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Livia Carolina Braga Kapel Perez Silva		
Matrícula Discente	<u>201868039</u>		
Título do TCC	ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES		
Natureza do trabalho	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		
Curso	Serviço Social		
Orientador(a)	Marina Monteiro de Castro e Castro		
Coorientador (se houver)	-		
Data da aprovação	08/10/2024		
Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Dr ^a	Marina Monteiro De Castro E Castro	Orientadora
	Dr ^a	Sabrina Pereira Paiva	Membro da banca
	Dr ^a	Luciana Gonçalves Pereira de Paula	Membro da banca

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 08 de outubro de 2024.

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 10/10/2024, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1996209** e o código CRC **AF5B515D**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Formato da Defesa: (X) presencial () virtual () híbrido

Ata da sessão (X) pública () privada referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES, para fins de obtenção do grau de Bacharel em SERVIÇO SOCIAL, pelo(a) discente Livia Carolina Braga Kapel Perez Silva (matrícula 201868039), sob orientação da Prof.(a) Dr.(a) Marina Monteiro De Castro E Castro e coorientação da Prof.(a) Dr.(a) _____ - _____, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos oito dias do mês de outubro do ano de 2024, às 11 horas, na sala 3 da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Dr ^a	Marina Monteiro De Castro E Castro	Orientadora
Dr ^a	Sabrina Pereira Paiva	Membro da banca
Dr ^a	Luciana Gonçalves Pereira de Paula	Membro da banca

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Orientador (a)
- Coorientador
- Membro da banca

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(x) APROVADO

() REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Nota: ____ 85 ____

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre o Trabalho de Conclusão de Curso e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 20 de setembro de 2024.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 08/10/2024, às 18:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 09/10/2024, às 14:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Gonçalves Pereira de Paula, Professor(a)**, em 10/10/2024, às 21:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1996207** e o código CRC **05480F7B**.

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde do SUS, cuja dedicação, compromisso e amor ao próximo fazem a diferença na vida de milhares de pessoas. Que o esforço coletivo e a luta por uma saúde de qualidade continuem a inspirar mudanças e transformações na sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder saúde, força e perseverança ao longo dessa trajetória. Sem Ele, nada disso seria possível. Porque dele, por ele e para ele são todas as coisas!

À minha família, meu sincero agradecimento por sempre me incentivarem nos estudos e por me ensinarem a nunca desistir. Sou grata pelo amor incondicional, pela paciência e pela confiança que me ofereceram em todos os momentos.

Ao meu esposo, Marcus, por todo o incentivo ao longo desses anos. Você sempre acreditou em mim e me ofereceu o suporte necessário para continuar, mesmo nos momentos mais difíceis. Sou imensamente grata por ter você ao meu lado.

Aos meus amigos Denise, Nayara e Igor, que foram verdadeiros companheiros ao longo dessa jornada. A experiência da faculdade não teria sido tão especial sem a presença e apoio de vocês!

Às minhas amigas de longa data, Giovana, Mariana e Beatriz, vocês são uma constante fonte de inspiração para mim. Sou profundamente grata por cada momento compartilhado ao longo de todos esses anos!

Aos meus amigos de trabalho, em especial Ariani, Glenda e Solange, que sempre me deram forças e me encorajaram, pela disponibilidade para me ajudar nos momentos em que eu mais precisava, pois vocês sabem como é difícil conciliar trabalho e faculdade. Obrigada pelo apoio e compreensão!

Às amigas assistentes sociais que a vida me deu, especialmente Gabi e Millainy, deixo aqui minha profunda gratidão. Cada palavra de incentivo, cada gesto de amizade e cada momento de força compartilhado foram essenciais para que eu conseguisse chegar até aqui.

Aos amigos da Igreja, sobretudo Flaviane, Val, Luana e Carol, agradeço pelo apoio, pela amizade sincera e pelos momentos de crescimento espiritual que vivemos juntos. Obrigada por estarem ao meu lado, sempre me incentivando a seguir em frente.

A minha orientadora, Marina, agradeço profundamente pela sua orientação, paciência e por generosamente compartilhar seu conhecimento comigo. Sua contribuição foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do curso, por todas as contribuições durante minha formação acadêmica, que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho, transmitindo conhecimento, incentivo e inspiração ao longo dessa jornada.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada, acreditando no meu potencial e colaborando para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

A presente monografia tem como objetivo abordar o trabalho do assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS) em Juiz de Fora, identificando desafios e possibilidades. Para tal, realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico, analisando as produções do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. O trabalho está estruturado em dois capítulos. O primeiro apresenta um panorama histórico da Política de Saúde no Brasil, destacando os principais marcos dessa trajetória, desde a chegada dos portugueses até os dias atuais. No segundo, são abordados os conceitos de Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família, além de discutir o papel do assistente social na área da saúde, com ênfase em sua atuação na Atenção Primária. Por fim, a partir das análises conclui-se que a atuação do assistente social na APS apesar de enfrentar desafios, também encontra possibilidades que podem ser exploradas para fortalecer a atuação desse profissional, por meio do investimento na formação continuada dos profissionais, da valorização do trabalho e da integração com outras áreas da saúde, do fomento do diálogo entre os diferentes setores da rede de atenção e da promoção políticas que ampliem recursos e apoio institucional.

Palavras-chaves: atenção primária à saúde, serviço social, política de saúde

ABSTRACT

This research aims to address the work of social workers in Primary Health Care (PHC) in Juiz de Fora, identifying its challenges and possibilities. Thus, a bibliographical research was carried out, analyzing the academic productions of the Postgraduate Program in Social Service (PPGSS) of the Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. The paper is structured in two chapters. The first presents a historical overview of Health Policy in Brazil, highlighting the main milestones of this trajectory, from the arrival of the Portuguese to the present day. The second chapter addresses the concepts of Primary Health Care and the Family Health Program, in addition to discussing the role of the social worker in the health area, with an emphasis on their role in Primary Care. Finally, from the analysis, it is concluded that the social worker's role in PHC, despite facing challenges, also finds possibilities that can be explored to strengthen the performance of this professional, through investment in the continued training of professionals, the valorization of work and integration with other areas of health, promoting dialogue between different sectors of the care network and promoting policies that expand resources and institutional support.

Keywords: primary health care, social service, health policy

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

EMULTI - Equipes Multiprofissionais na APS

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDAPS - Plano Diretor de Atenção Primárias à Saúde

PJF - Prefeitura de Juiz de Fora

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM - Programa Mais Médicos

PMpB - Programa Médicos pelo Brasil

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Estratégia Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS	18
2.1 OS MARCOS DA HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	18
2.2 A CONSTRUÇÃO DO SUS E OS DESAFIOS NA SUA CONSOLIDAÇÃO A PARTIR DA DÉCADA DE 1990	23
2.3 TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	26
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: DESAFIOS EM JUIZ DE FORA/ MG	35
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	35
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM JUIZ DE FORA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	40
3.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	44
3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA	47
3.4.1 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA	50
3.4.2 DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso, pré-requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social, tem como objetivo analisar o trabalho do assistente social na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, identificando desafios e possibilidades, após a leitura das produções do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Desde o início da minha trajetória universitária, meu interesse esteve voltado para a área da saúde, e diversos caminhos que trilhei me aproximaram do que considero ser de grande relevância para minha formação e atuação profissional. Atualmente, sou servidora pública na Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, exercendo a função de Gerente do Departamento de Programas e Ações em Saúde. Anteriormente, atuei como Supervisora de Gestão da Informação da Atenção Básica, experiência que aprofundou minha compreensão sobre este campo e suscitou reflexões importantes, como a ausência de assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Juiz de Fora.

A escolha do tema para a elaboração deste trabalho foi fundamentada em minha experiência profissional como gestora, bem como nas reflexões teóricas que emergiram ao longo de minha trajetória formativa. Durante esse percurso, surgiram questionamentos importantes acerca da persistência da perspectiva biomédica de saúde, na qual o foco principal ainda é o cuidado médico, deixando o usuário em segundo plano.

A Atenção Primária desempenha o papel de porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), onde o usuário tem o primeiro contato com o serviço de saúde. Esse primeiro contato não pode se limitar apenas à identificação e tratamento de problemas físicos imediatos, como dores ou sintomas específicos, deve envolver uma visão integral da saúde do indivíduo, considerando fatores sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam o bem-estar. A Atenção Primária também é responsável por promover ações de educação em saúde, incentivar hábitos saudáveis e prevenir o surgimento de doenças crônicas e infecciosas, visando reduzir complicações futuras.

Além disso, esse modelo de cuidado implica em um acompanhamento contínuo, visando o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, favorecendo o desenvolvimento de estratégias que abordem as necessidades de saúde de maneira preventiva, trabalhando não só o tratamento de condições já manifestas, mas também a identificação precoce de doenças, contribuindo para a construção de uma população mais saudável e com melhor qualidade de vida a longo prazo.

Todavia, a Atenção Primária possui limites em termos de infraestrutura e recursos, sendo, portanto, necessária a articulação com outros equipamentos de saúde, presentes nas Redes de Atenção à Saúde¹ (RAS). Quando as demandas do usuário necessita de atendimento especializado não ofertado na Atenção Primária — como em casos que exigem tratamentos mais complexos, intervenções cirúrgicas, ou acompanhamento por especialistas — o encaminhamento para níveis de atenção secundária ou terciária torna-se essencial. Este fluxo de encaminhamento permite que o cuidado seja contínuo e integral, a fim de garantir que o usuário receba o atendimento adequado em todas as fases do seu processo de saúde, sempre de maneira coordenada entre os diferentes serviços e profissionais.

Segundo Mello (2009), os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária” podem, na maioria das vezes, ser usados como sinônimos sem gerar grandes problemas conceituais. No entanto, há uma discussão em torno da terminologia mais adequada para designar o primeiro nível de atenção à saúde no Brasil. O autor retrata os processos históricos de construção dessas concepções e discute suas diferenciações

O termo “Atenção Básica” foi adotado na Política Nacional de Saúde com a implementação da Norma Operacional Básica 01/96. Essa concepção foi desenvolvida como uma adaptação da Atenção Primária à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na organização dos serviços de saúde no nível local, com o intuito de construir uma identidade institucional própria capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção. Por outro lado, a concepção de “Atenção Primária à Saúde” possui um caráter

¹ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma estratégia do Brasil, implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que visa reorganizar e integrar os serviços de saúde para oferecer um cuidado mais eficiente e humanizado. Elas promovem a continuidade do atendimento e a articulação entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). (MENDES, 2011)

mais amplo e global, sendo utilizada desde a década de 1960, ganhando destaque após a Declaração de Alma-Ata², em 1978.

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. (Giovannella.; Mendonça, 2008, p. 497)

Nesse momento a Atenção Primária passa a ser vista como uma estratégia essencial para promover a saúde global, incorporando não apenas o atendimento básico, mas também a promoção de saúde, prevenção de doenças e uma abordagem intersetorial.

Na saúde algumas das principais ações do assistente social estão diretamente relacionadas à prevenção de doenças e à garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Isso se dá por meio da democratização das informações, o que envolve orientar e encaminhar os usuários em relação aos seus direitos sociais. A atuação do assistente social não se limita à simples transmissão de informações, inclui também o acompanhamento dos usuários para assegurar que eles tenham pleno acesso aos serviços disponíveis, de acordo com suas necessidades. (CFESS, 2017)

O trabalho do assistente social na área da saúde permite uma análise mais aprofundada e abrangente dos determinantes sociais que afetam diretamente a vida dos usuários. Esses determinantes incluem fatores como condições de moradia, renda, educação, emprego, acesso a serviços básicos e redes de apoio social, todos os quais influenciam profundamente o estado de saúde de indivíduos e comunidades. Ao considerar esses aspectos, o assistente social não apenas identifica as vulnerabilidades e necessidades específicas dos usuários, mas também compreende como as desigualdades sociais e econômicas afetam seu acesso aos serviços de saúde e a qualidade de vida em geral.

² A Declaração de Alma-Ata, adotada em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, é um marco histórico na saúde global. O documento enfatiza a importância da atenção primária à saúde como um meio essencial para alcançar saúde para todos. A declaração propõe que a saúde deve ser abordada de forma integral, levando em consideração fatores sociais, econômicos e ambientais. Além disso, a conferência defendeu que a atenção primária deve ser acessível a todas as populações e que é fundamental a participação da comunidade na definição de suas próprias necessidades de saúde. (OMS, 1978)

Além disso, o assistente social deve promover uma abordagem integral da saúde, que vai além do cuidado médico e do tratamento de doenças. Sua atuação busca contemplar todas as dimensões que influenciam o bem-estar, incluindo aspectos sociais, psicológicos e culturais. Dessa forma, ele contribui para o desenvolvimento de ações intersetoriais e integradas, que consideram o ser humano em sua totalidade, promovendo não apenas a recuperação física, mas também o fortalecimento das condições de vida, a autonomia e a inclusão social dos usuários.

O Serviço Social na saúde se fortaleceu a partir da criação do SUS, ampliando os espaços de intervenção profissional e permitindo a construção de vínculos com os usuários das políticas de saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o assistente social assume um papel relevante em ações intersetoriais, conforme as demandas apresentadas (Cavalcanti et al., 2013). Krüger e Moscon (2010) destacam que:

O Assistente Social na atenção básica contribuiu junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado. Também tem um papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento humanizado, acesso aos serviços de média e alta complexidade. Possibilitar o acesso significa promover a cidadania, a inclusão social; significa modificar a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprimindo necessidades concretas de saúde. Mas esta é uma tarefa do conjunto dos trabalhadores da saúde, com os quais o assistente social pode contribuir (Krüger e Moscon, 2010, p. 9)

Em Juiz de Fora o assistente social está inserido na APS desde os anos 1970/1980, podendo integrar a equipe de estratégia de saúde da família, conforme o parágrafo 2º do art. 5º do Decreto nº 5773, de 12 de novembro de 1996 que diz:

§ 2º - Dependendo da complexidade epidemiológica do território abrangido pelo Programa, a composição da equipe responsável pelo mesmo poderá ser alterada quanto ao número ou qualificação de profissionais, podendo contar com Assistente Social e Equipe de Saúde Bucal, integrada por Cirurgião-Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Odontologia. (JUIZ DE FORA (MG), 1996)

No entanto, o que se percebe é a ausência desse profissional nas UBS. Atualmente, apenas 10 das 63 UBS do município contam com assistentes sociais

em suas equipes, o que é insuficiente diante das demandas crescentes da população. Essa carência de profissionais se agrava ainda mais pela inexistência de políticas efetivas de reposição de profissionais, tanto para os casos de aposentadoria quanto para os contratos que chegam ao fim, sem que haja a devida substituição. Essa falta de reposição de pessoal compromete a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos.

Assim, a pesquisa busca refletir sobre a relação entre a Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Serviço Social, bem como busca analisar e discutir a atuação do assistente social na Atenção Primária em Juiz de Fora. Além disso, pretende identificar os desafios e as possibilidades enfrentados por esses profissionais nesse contexto. Para tal realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico, analisando as produções do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora dos últimos 15 anos, através das palavras chaves “serviço social, atenção básica”; “serviço social, atenção primária”; “assistente social, atenção primária”; “assistente social, atenção básica”; “assistente social, saúde da família”; “serviço social, saúde da família”. A partir dessas palavras chaves foram encontradas 05 publicações que auxiliaram a conclusão dessa pesquisa.

QUADRO 1: Dissertações selecionadas

Título	Autor	Ano
<u>Grupos educativos em saúde nas unidades de saúde da família do município de Juiz de Fora - MG</u>	Maria de Lourdes dos Reis	2009
<u>Trabalho em saúde : a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora</u>	Marina Monteiro de Castro e Castro	2009
<u>Necessidades de saúde e estratégia saúde da família : um estudo de caso</u>	Rubiane de Souza Ribeiro	2010
<u>Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade</u>	Sabrina Alves Ribeiro Barra	2013

<u>A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o projeto ético-político do serviço social: Um debate necessário</u>	Vivian de Almeida Costa	2016
--	-------------------------	------

Fonte: autoria própria

A partir da leitura deste material, partiu-se para identificação de desafios e possibilidades para o trabalho profissional. Destaca-se que um achado da pesquisa é a não produção de dissertações sobre a temática nos últimos 8 anos.

O trabalho está dividido em dois capítulos. No capítulo primeiro intitulado “Política de Saúde no Brasil: entre avanços e retrocessos” buscou-se trazer um panorama histórico da Política de Saúde no Brasil, apontando os marcos da história da política pública de saúde no Brasil desde a chegada dos portugueses até os dias atuais. O capítulo também aborda a reforma sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transformações e desafios na Política de Saúde Brasileira. Já no segundo capítulo intitulado “Atenção Primária à Saúde e o trabalho do assistente social: desafios em Juiz de Fora/ MG” buscou-se trazer o que é atenção primária à saúde e o programa de saúde da família. Também foi abordado o serviço social na saúde e o trabalho do assistente social na atenção primária.

Nas considerações finais conclui-se que o profissional de Serviço Social teve e tem grande importância, uma vez que esse profissional garante o atendimento integral e a construção do trabalho coletivo em saúde. Nesse sentido, investir na formação continuada dos profissionais, valorizar o trabalho e a integração com outras áreas da saúde, fomentar o diálogo entre os diferentes setores da rede de atenção e promover políticas que ampliem recursos e apoio institucional, são essenciais para que serviço social na APS tenha maior efetividade, reconhecimento e capacidade de oferecer um atendimento integral, contribuindo para a promoção da equidade e a garantia dos direitos sociais da população.

Sabendo da relação dos assistentes sociais na APS de Juiz de Fora e da relevância do trabalho nesse nível de atenção, entendo ser preciso debruçar sobre o tema tendo em vista o grande desafio frente a inserção do profissional na Atenção Primária à Saúde.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS

A saúde no Brasil tem sido um campo de intensos debates e transformações ao longo das últimas décadas. Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o país experimentou avanços significativos na ampliação do acesso à saúde e na melhoria das condições de vida da população. A universalização dos serviços, a criação de uma rede de atenção básica e a ênfase na saúde preventiva são marcos importantes durante todo o processo. No entanto, esse cenário de progresso também passa por desafios e retrocessos. Crises econômicas, mudanças políticas e a pressão de interesses diversos que geram tensões que afetam a eficácia e a sustentabilidade das políticas de saúde.

Recentemente, o cenário tornou-se ainda mais desafiador com o avanço de políticas neoliberais, o congelamento dos investimentos públicos por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016³ e a pandemia de COVID-19, que escancarou fragilidades históricas no sistema de saúde.

Este capítulo propõe-se a examinar essa complexa relação entre os avanços e os retrocessos na política de saúde brasileira, refletindo sobre os impactos dessas mudanças para a população e os desafios futuros na construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente. Em um primeiro momento, vamos entender o que é a Política de Saúde e como ela se conforma no Brasil, desde a chegada dos europeus no país até a criação do SUS. Além disso, falaremos também sobre como tal política foi conduzida nos diferentes governos, pontuando os avanços e retrocessos observados nesse contexto.

2.1 OS MARCOS DA HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Política de Saúde Pública no Brasil perpassa por diversos cenários ao longo de sua construção, se consolidando através da Constituição Federal de 1988 e com a criação e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, como elemento primordial no âmbito da formulação de uma política de

³ A Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016, instituiu um teto de gastos públicos no Brasil, limitando o crescimento das despesas primárias do governo federal à inflação do ano anterior por um período de 20 anos. (BRASIL, 2016)

Estado centrada na promoção universal do direito fundamental à saúde, em harmonia com o Art. 196 da Constituição (BRASIL, 1988).

A história da saúde no Brasil é essencial para compreendermos o processo das práticas de cuidado e prevenção no país. Em que pese o reconhecimento de hábitos e saberes das culturas dos povos indígenas que povoavam o território que se tornaria conhecido como Brasil, atentaremos para a origem das práticas de saúde que fundamentariam as futuras políticas de Estado, o que carrega os conceitos típicos de uma medicina predominantemente europeia. Assim, o surgimento das primeiras questões relativas à saúde pública, no cenário do período colonial, se dá com a chegada dos europeus ao país, mormente portugueses. Muitas enfermidades acometiam a população do país, a exemplo de doenças tropicais e desconhecidas dos médicos europeus, como a febre amarela e a malária, além das doenças trazidas por estes, como a peste bubônica, a cólera e a varíola. (Baptista, 2007)

A falta de saneamento básico e as condições precárias de vida contribuíram para a alta mortalidade e baixa expectativa de vida da população durante esse período. A prática em saúde era muitas vezes limitada à ação de curandeiros, baseada em saberes populares, associados às tradições culturais e crenças religiosas. (Baptista, 2007)

Com a formação do Império brasileiro, a situação da saúde no país começa a se modificar, com a criação das primeiras instituições sanitárias, como hospitais e escolas de medicina. Devido aos surtos de doenças epidêmicas, como a febre amarela e a varíola, que assolaram a população, surgem as primeiras políticas públicas voltadas para o combate a tais enfermidades. Todavia, é somente com a instauração da República em 1889 que surgem as primeiras iniciativas para organizar a saúde pública de maneira centralizada, com planejamento político e estratégico, com destaque para o período do governo de Rodrigues Alves (1902-1906), quando Oswaldo Cruz é nomeado Diretor Geral de Saúde Pública.

A reforma na saúde foi implementada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de saúde pública. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no

combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. (Baptista, 2007, p. 33)

A condução das medidas sanitárias propostas por Oswaldo Cruz se deu de forma autoritária, abrangendo ações que, apesar do propósito de combate a endemias e prevenção mediante vacinação, se revestiram de caráter higienista, elitista, com enfrentamento das questões sanitárias sob um olhar discriminatório e persecutório das camadas pobres, comumente associadas às mazelas. Conforme observa Chalhoub (1996),

As classes pobres não passaram a ser vistas como classes perigosas apenas porque poderiam oferecer problemas para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública. Os pobres ofereciam também perigo de contágio. Por um lado, o próprio perigo social representado pelos pobres aparecia no imaginário político brasileiro de fins do século XIX através da metáfora da doença contagiosa: as classes perigosas continuaram a se reproduzir enquanto as crianças pobres permanecessem expostas aos vícios de seus pais. (Chalhoub, 1996, p. 29)

Dessa maneira, vê-se que a primeira grande política de saúde no Brasil também se inseriu na problemática relação das autoridades com os direitos sociais da população pobre e marginalizada, haja vista a conturbada adoção de medidas impositivas que não enxergavam tais parcelas da sociedade como cidadãos plenos, portadores do direito ao acesso a condições plenas e satisfatórias de saúde. Pelo contrário, observa-se uma dicotomia que situa as camadas populares, símbolo da sujeira, vadiagem e das doenças, como grupo oposto e diverso das camadas dominantes, detentoras da civilidade e da missão de promover o progresso, urbanidade e a higiene sob a ótica burguesa europeia.

O engenheiro e o médico, em especial o médico-sanitarista, aparecem como personagens de uma elite que propiciará as intervenções necessárias ao estabelecimento da nova ordem higienista; ações sanitárias serão desenvolvidas com vistas a combater epidemias, um ideal de limpeza e, ao mesmo tempo, desejo utópico do progresso. (...) A estética burguesa será objeto de apreciação das camadas sociais variadas, os costumes parisienses serão difundidos pelas camadas privilegiadas como sinal de grandiosidade e bom gosto, em especial nas vestimentas e nas edificações. Um padrão de moralidade burguesa predomina, se aproxima mais do modo de vida europeu e renega o nacional como "atrasado socialmente". Será preciso manter a mente dos pobres distante dos vícios e pensamentos que degeneram o homem e educar as crianças pobres para o trabalho (Oliveira Sobrinho, p. 2013, 215, 216).

As medidas autoritárias tomadas por Oswaldo Cruz resultaram na conhecida "Revolta da Vacina" em 1904, movimento de forte reação popular que

explicitava as tensões sociais por trás da política de saúde assumida por Cruz e que, dentre outras coisas, foi motivado pela insatisfação da população que não aceitava a implementação da Lei da Vacina Obrigatória, que impunha a vacinação contra a varíola para diversas atividades cotidianas, como matrículas escolares, obtenção de empregos, autorização para viagens e certidões de casamento.

Apesar disso, há que se reconhecer que as ações de Oswaldo Cruz propiciaram expansão do conhecimento, controle e combate de algumas doenças, especialmente a febre amarela, assentando as bases de uma política de saúde que veicularia a formação de uma burocracia em saúde pública que, por ser mais direcionada ao uso de ações coletivas e preventivas, não atenderia plenamente os direitos de grande parte da população. (Baptista, 2007)

Na década de 1920, a saúde pública no Brasil passa por um período de transformações que começam a partir da reforma de Carlos Chagas⁴, que visava reorganizar os Serviços de Saúde Pública. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha o objetivo de coordenar as ações de saúde pública em todo o país. Novas ações foram implementadas no controle das doenças, tanto na área da saúde pública quanto na da assistência médica individual. (Baptista, 2007)

[...] pela primeira vez a saúde surgia como questão social no Brasil. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra. As medidas de saúde pública caracterizaram-se pela tentativa de modernização e extensão de seus serviços por todo o país. (Lima e Pinto, 2003, p. 1043)

Com a instituição da Lei Elói Chaves⁵ em 1923, alguns trabalhadores com vínculo formal passaram a ter direito à assistência à saúde, por meio da contribuição às Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, como um seguro social. Os benefícios previstos eram proporcionais às contribuições, assim aqueles que contribuíssem tinham direito a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio

⁴ Reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, criando o Departamento Nacional de Saúde DNS, visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado. (Lima e Pinto, 2003, p. 1043)

⁵ Publicada em 24 de janeiro de 1923, a Lei Eloi Chaves consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. (Decreto nº 4.682/1923)

funeral. Na década seguinte, é possível perceber intervenção estatal mais visível com a criação de Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, ainda pautada na medicina previdenciária. (Bravo, 2001)

Durante os anos 1930, houve um avanço notável na industrialização, acompanhado por uma mudança significativa no papel do Estado na sociedade. Foi nesse contexto que surgiu o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), desempenhando um papel central em várias áreas essenciais para o progresso do país. O MESP tinha a responsabilidade de coordenar e promover atividades que hoje seriam atribuídas a diferentes ministérios, abrangendo desde a saúde pública até o esporte, a educação e questões ambientais. A concentração dessas funções em um único ministério refletia a complexidade e amplitude das políticas públicas necessárias para atender às demandas de uma sociedade em rápida mudança, impulsionada pela industrialização e pelas novas responsabilidades assumidas pelo Estado.

Inicialmente, a criação do Ministério não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920. Posteriormente, foi sofrendo modificações provisórias por meio de uma legislação fragmentada e que atendia somente às necessidades conjunturais. (Hochman, 2005, p. 130)

A década de 1930 no Brasil foi um período de transformações políticas e sociais, que tiveram início a partir de 1929 devido à crise econômica. Com o rompimento da política do “café com leite”, o crescimento das camadas sociais urbanas exigiam mudanças no sistema eleitoral, que passaram a reivindicar maior participação nas decisões governamentais. Essa conjuntura possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. (Bravo, 2001)

As principais ações voltadas para a saúde pública nesse período tinham ênfase nas campanhas sanitárias, haja vista a necessidade de prevenir as doenças endêmicas, principalmente devido aos fluxos migratórios de mão de obra dos campos para as cidades. Há a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço de Malária no Nordeste e o Serviço de Malária da Baixada Fluminense. Com fraco poder político e econômico, o Departamento Nacional de Saúde coordenava os serviços estatais de saúde e, em 1941, passa por uma

reorganização, incorpora serviços de combate às endemias e assume o controle da formação de técnicos em saúde pública. (Bravo, 2001)

No período de 1945 a 1964, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) como resposta às necessidades de saúde decorrentes do aumento da urbanização e da industrialização, patrocinado pela Fundação Rockefeller. Nesse sentido, é lançado no governo Dutra (1946-1951) o Plano Salte⁶, envolvendo as áreas centrais de saúde, alimentação, transporte e energia, tendo a saúde como uma de suas finalidades principais. Porém, o plano fracassou em sua implementação, o que acrescenta mais um capítulo mal-sucedido na história do planejamento e gestão da saúde pública nacional. A situação de saúde da população, apesar dos esforços nesse período, não conseguiu eliminar as doenças infecciosas, nem mesmo diminuir as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil. (Bravo, 2001)

A partir de 1964, se instaura no país a ditadura militar que perdurou até 1985. Segundo Bravo (2001), nesse período houve uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político no país, o que fortaleceu o interesse do setor privado, com práticas médicas predominantemente curativas, individuais, assistencialistas e especializadas. O Estado amplia a política assistencial, burocratizando e modernizando com a finalidade de aumentar seu poder de regulação sobre a sociedade. (Bravo, 2001)

2.2 A CONSTRUÇÃO DO SUS E OS DESAFIOS NA SUA CONSOLIDAÇÃO A PARTIR DA DÉCADA DE 1990

O movimento pela Reforma Sanitária, nos anos 1970, foi um marco importante durante o combate da ditadura militar, envolvendo novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população, os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos e os movimentos sociais, se uniram em favor da

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial

⁶ Pela lei n.º 1.102, de 18 de maio de 1950, foi o Poder Executivo autorizado a realizar uma série de empreendimentos no campo da saúde, da alimentação, dos transportes e da energia, integrantes do denominado Plano SALTE. (RSP, 2022)

com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2001, p. 8)

A Reforma Sanitária propôs a abordagem da saúde como uma questão social e política que deveria ser tratada no espaço público, além dos serviços médicos. Em março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos temas principais foram "A saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade" e "Reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial". Essa conferência foi um momento significativo nesse processo. O evento contou com a presença de representantes de várias entidades representativas da população, demonstrando o quanto é importante discutir o futuro da saúde no Brasil.

Em 1988, o movimento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta às necessidades de saúde da população e que vai muito além de um sistema de saúde pública. O SUS incorporou a compreensão de saúde como um direito de cidadania, instituindo uma lógica de saúde como um direito social, ao considerar as influências dos modos de vida e trabalho nas condições de saúde.

A Constituição Federal de 1988, juntamente com a Lei 8.080/1990 e a Lei Complementar 8.142/1990, estabeleceram os princípios e diretrizes do SUS, tais como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios, direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde, e a participação da comunidade.

Em seu artigo 5º traz os objetivos do SUS

[...] a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, Constituição [1988]).

Nos anos 1990, houve uma mudança na atuação do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, especialmente durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Dois projetos para a saúde permaneciam em disputa: o projeto de reforma sanitária e o projeto conservador.

[...] o projeto conservador (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma “cesta básica”; o projeto da Reforma Sanitária, respaldado pela Constituição e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático na medida em que assume a saúde como direito social inerente à cidadania; e o projeto denominado “reforma da reforma”, que para uns significava a reconstrução de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção. (Paim, 2008, p. 206)

Nesse momento, tudo que havia sido construído na década de 1980 é desconstruído. A hegemonia neoliberal reduz direitos sociais e trabalhistas, gera a perda de postos de trabalho, precarização do trabalho, desmonte da previdência e sucateamento da saúde e educação. A saúde passa a ser vinculada ao mercado que destaca parcerias com a sociedade civil. Isso comprometia o avanço do SUS como política social. Esta reforma propunha separar o SUS em dois: hospitalar, com participação privada e básica, através de programas focais com caráter público. (Bravo, 2001)

Durante esse período, conforme destacado por Fausto et al. (2007), a Atenção Primária à Saúde (APS) começa a ganhar um destaque significativo no Brasil com a publicação da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. No entanto, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde voltadas para a APS foram no governo anterior, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Este programa introduziu a ideia de uma abordagem comunitária para a saúde, trazendo profissionais da saúde diretamente para os bairros e estabelecendo um vínculo mais próximo com a população.

Em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), que se consolidou como um marco importante para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. O PSF visou ampliar a cobertura e a eficácia dos serviços de saúde, promovendo uma abordagem integral e preventiva no cuidado à saúde das comunidades, fortalecendo ainda mais a importância da APS no sistema de saúde brasileiro. A implementação desses programas foi fundamental para a reformulação da APS no país, evidenciando um avanço significativo na estratégia de saúde pública e na melhoria das condições de vida da população.

Inicialmente os recursos para financiamento da APS foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 1996 pela NOB SUS 01/96, que estabelecia a Gestão Plena da Atenção Básica, transferindo aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da APS, o que foi fundamental para fortalecer a descentralização do SUS, garantindo maior autonomia aos gestores locais no planejamento e execução das atividades de saúde primária.

Em seguida, em 1998, foi implementado o Piso de Atenção Básica (PAB), uma política de financiamento voltada exclusivamente para a Atenção Básica (AB), dividido em dois componentes, PAB fixo e PAB variável. O PAB Fixo estabelece a transferência em base *per capita* para cobertura de atenção primária pelos municípios, transferido mensalmente, independentemente das ações realizadas. Já o PAB Variável é destinado a custear programas específicos e ações estratégicas, como o PSF, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária.

Nos anos 1990, o cenário da saúde no Brasil foi marcado por uma fase de consolidação e desafios cruciais que moldaram o desenvolvimento do SUS. Após a sua criação em 1988, a década de 1990 foi um período de esforços significativos para estruturar e implementar as políticas sociais, dentre elas a política de saúde, que teve avanços significativos, mas que também enfrentou dificuldades consideráveis ao se deparar com um baixo financiamento, principalmente devido ao avanço do neoliberalismo no país.

Devido às mudanças econômicas, sociais e institucionais postas pela reforma do Estado, que foi conduzida por políticas de ajuste baseadas em uma visão neoliberal, a política de saúde passa por um retrocesso no processo de construção do projeto de Proteção Social que foi inscrito na Constituição de 1988. Com isso as políticas sociais, especialmente as de saúde, perderam sua dimensão de articulação, transformando-se em políticas focalizadas no atendimento das populações mais vulneráveis. (Noronha, 2001)

2.3 TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Com a chegada de Lula ao governo (2003), grande expectativa foi criada em torno do fortalecimento do projeto da reforma sanitária, bem como uma alta

expectativa em relação ao fortalecimento da saúde pública universal. Todavia, percebe-se a manutenção da política macroeconômica presente no antigo governo e ainda políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. (Bravo, 2001)

Bravo (2001) aponta alguns aspectos de inovação e outros de continuação do antigo governo e a relação com os projetos em disputa. A autora ressalta o retorno do debate da reforma sanitária e a escolha de profissionais comprometidos com essa luta para ocupar escalões do Ministério da Saúde, a criação de secretarias, como por exemplo, a Secretaria de Atenção à Saúde que tinha como objetivo unificar as ações da atenção básica, ambulatorial e hospitalar e a Secretaria de Gestão Participativa com o intuito de fortalecer o controle social. No que se refere a continuidade do governo passado, a autora ressalta a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e no desfinanciamento.

No primeiro ano de gestão do Governo Lula, o então Ministro da Saúde Humberto Costa, anunciou as principais prioridades para a saúde pública no país. Entre elas estavam: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com foco especial em maiores investimentos na atenção básica e no Programa Saúde da Família (PSF); o aumento do acesso a medicamentos; a expansão da cobertura de atendimento à saúde; o combate e controle de doenças evitáveis; e a resolução das sérias distorções na área de recursos humanos do SUS. Essas prioridades se efetivaram por meio dos programas lançados nesse período do governo Lula, como o Brasil Sorridente, a Farmácia Popular do Brasil (PFP) e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Para além dessas ações, pode-se destacar também a aprovação do “Pacto pela Saúde”, que tinha como objetivo melhorar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o *Pacto pela Vida*, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o *Pacto em Defesa do SUS*, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o *Pacto de Gestão do SUS*, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera

de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão – entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. (Menicucci, 2011, p. 525)

Ao final do primeiro mandato de Lula, foi possível constatar os esforços empreendidos na tentativa de enfrentar os desafios do setor. Para Castro (2009), ainda que o governo tenha dado continuidade às políticas implementadas e priorizadas em gestões anteriores, a preocupação no primeiro governo Lula foi imprimir sua “marca”.

Já no segundo mandato do Governo Lula, poucas inovações foram anunciadas, dando a continuidade aos programas criados no primeiro mandato e enfatizando o aprofundamento e o aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS. Avanços ocorreram no que diz respeito à saúde pública brasileira no governo Lula, é importante ressaltar os significativos investimentos realizados em políticas públicas inovadoras, que resultaram na criação e ampliação de programas voltados especificamente para a área da saúde. Todavia, segundo Bravo (2006), os aspectos reproduzidos pelo Governo Lula estiveram centrados na focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos.

A política de saúde, no Governo Dilma, novamente foi marcada por continuidades em algumas áreas – atenção básica, vigilâncias – e pela adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados. Entre as iniciativas de destaque, podemos mencionar o Programa Mais Médicos, que buscou ampliar o acesso da população a profissionais de saúde em regiões carentes e desassistidas; e ainda a implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que visaram desafogar o atendimento em emergências hospitalares, oferecendo cuidados intermediários entre a atenção básica e o atendimento hospitalar.

Segundo Paim (2018), no início do governo Dilma, era possível identificar pelo menos três projetos em disputa na saúde: privatista, o revisionista e o da Reforma Sanitária Brasileira. O autor aponta que, ao lado do ‘projeto privatista’, o ‘projeto revisionista’ ganhava força no primeiro governo da presidenta.

A ênfase em medidas racionalizadoras parecia reforçar esse projeto, tendência que se estendeu durante as negociações da regulamentação

da Emenda Constitucional 29 (EC-29), efetivada com a aprovação da Lei Complementar – LC nº 141/2012. O 'projeto democrático' (RSB) não foi priorizado, sendo apenas debatido e defendido pela sociedade civil, particularmente pelas entidades e instituições vinculadas ao movimento sanitário. (Paim 2018, p.109)

Em relação ao financiamento do SUS e à infraestrutura, a ausência de uma garantia de recursos necessários para a manutenção do SUS que fosse verdadeiramente público e de qualidade para todos os cidadãos continuou insuficiente em relação às necessidades da população. Essa falta de recursos adequados compromete a capacidade do SUS de fornecer um atendimento adequado, além de dificultar a implementação de melhorias essenciais na infraestrutura das unidades de saúde.

Os processos de privatização e de desmonte da política de saúde se aprofundam nos governos de Temer, e posteriormente também com Bolsonaro, após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, a qual iniciou-se a retomada do projeto político ultra neoliberal. Com a narrativa de que o governo precisava economizar e assim superar a crise econômica e financeira do país, a Emenda Constitucional nº 95/2016, também conhecida como Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos.

Encaminhada pelo Governo Temer, a “PEC da Morte” foi aprovada no Congresso Nacional e representa “o desfinanciamento constitucionalizado das políticas sociais”, com congelamento das despesas públicas por até 20 anos,

[...] essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal. (Menezes et al, 2019, p. 61)

Segundo Silva *et al* (2021), o governo Temer atendeu à necessidade de respostas neoliberais para as demandas urgentes do capital no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classe dos Governos do PT. Por meio do documento “Travessia Social”, elaborado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), as propostas de Temer para a área social, buscou “afirmar a necessidade de focalização do atendimento na parcela da população que não pode pagar planos privados de saúde; e nesse caminho, estimular o aumento de cobertura dos planos privados”. (Machado, 2021)

Os planos de saúde populares, que oferecem serviços a preços mais acessíveis, incentivam uma parcela da população a pagar por exames e consultas de média complexidade, atendendo principalmente aqueles que buscam uma alternativa ao tempo de espera do sistema público de saúde. Essa proposta está diretamente relacionada a debates sobre a privatização da saúde no Brasil, que voltaram a ganhar força durante o governo Temer. Nesse período, houve discussões sobre a possibilidade de incentivar a adesão a esses planos como uma alternativa ao desfinanciamento da saúde, promovido pela Emenda Constitucional n. 95/2016.

As medidas que foram implementadas durante o governo de Michel Temer, afetando diretamente a área da saúde, continuaram em vigor mesmo após a eleição do ex-presidente Jair Bolsonaro. Bolsonaro, que desde o período pré-eleitoral já expressava em seu programa de governo uma visão privatista para o Sistema Único de Saúde (SUS), manteve a linha de ações que visavam modificar a estrutura de gestão da saúde pública. Essa continuidade de políticas reflete uma postura claramente alinhada com o projeto de redução do papel estatal na saúde, defendido desde antes de sua eleição.

[...] o desmonte do SUS já é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o governo Bolsonaro. Para além de analisar o SUS, o que se apresenta pelo governo são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte. (Stefano e Mendonça, 2019, p. 237).

No primeiro ano de gestão do Governo Bolsonaro, já era possível perceber os impactos do projeto neoliberal iniciado no governo anterior com a proposta de revisão da política de saúde para a população indígena, que “propôs modificar o subsistema de atenção à saúde indígena e municipalizar tal política” (Bravo et al, 2020); proposta de reformulação do programa Mais Médicos, que acarretou na saída de diversos profissionais, dentre eles cubanos e brasileiros do programa.

Em 2019, com a justificativa de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o governo implementou uma mudança significativa no modelo de financiamento desse setor essencial. Essa alteração foi formalizada por meio da portaria 2.979/2019, que instituiu o programa "Previne Brasil". Este novo programa substituiu os critérios de financiamento até então vigentes no Piso da Atenção Básica (PAB), tanto no componente fixo quanto no variável, alterando a

forma como os recursos eram destinados para o custeio da APS no Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do "Previne Brasil" trouxe uma nova lógica de distribuição de recursos, que passou a considerar aspectos como o desempenho das equipes de saúde e a captação ponderada da população atendida, com o objetivo de direcionar os investimentos de maneira mais eficiente e eficaz. Essa mudança marcou uma reestruturação no financiamento da APS, com impactos diretos na gestão dos serviços de saúde oferecidos à população. (BRASIL, 2019)

Apesar dos avanços, a alteração do modelo de Financiamento da APS trouxe grandes impactos para o SUS e para a saúde da população, “principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal que deverá agravar o sub-financiamento público da saúde no país.” (Massuda, 2020).

Esse cenário cria um ambiente de incertezas e dificuldades, que pode comprometer a capacidade do SUS de oferecer serviços de qualidade e de atender às crescentes demandas da população, colocando em risco os avanços conquistados ao longo dos anos na área da saúde pública.

Outras mudanças como a implantação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) em substituição ao Programa Mais Médicos (PMM) e a criação do Programa Saúde na Hora também ameaçam o processo de construção do modelo proposto pelo SUS brasileiro, pois descaracterizam os processos de trabalho e a organização das ações em saúde. A substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo trouxe consigo uma reestruturação nas formas de contratação e distribuição dos profissionais de saúde, o que pode afetar a eficácia e a abrangência do atendimento. Além disso, o Programa Saúde na Hora introduziu mudanças na organização dos horários de atendimento nas unidades de saúde, o que pode interferir na forma como as ações e os serviços de saúde são coordenados e entregues à população. Essas mudanças têm o potencial de descaracterizar os processos de trabalho e a organização das ações em saúde estabelecidos pelo SUS, comprometendo o avanço em direção a um modelo de saúde mais inclusivo e eficaz.

Apesar da APS ter sido elencada como uma prioridade do governo federal, na gestão de Jair Bolsonaro, o projeto de privatização da APS por meio do Decreto nº 10.530/2020 chamou a atenção e causou revolta por determinar a

criação de um modelo de privatização com o discurso de modernização para as unidades básicas de saúde, passando a gestão das mesmas a serem geridas pelo setor privado.

Em 2020 a pandemia da COVID-19 chega trazendo diversos desdobramentos em todas as esferas da sociedade. O seu enfrentamento passa por um longo debate, uma vez que o vírus atinge pessoas de formas diferentes a depender da classe social, raça/etnia, gênero e sexualidade e a forma como o governo conduziu a situação de calamidade em que estava o país, interferiu diretamente no controle da pandemia e na vida da população. (Castro et al, 2021)

A pandemia da COVID-19 levou à morte milhares de pessoas. A disseminação do vírus, devido à insistência da negação das orientações epidemiológicas por parte do governo federal, agravou a situação de saúde no país, levando o sistema de saúde pública para um colapso nacional, onde pessoas morreram por falta de oxigênio ou aguardando em filas por leitos. (Silva *et al*, 2021)

Por ser porta de entrada do SUS a Atenção Primária durante esse período é fundamental, especialmente por seu papel de coordenadora no cuidado à saúde. No que tange aos cuidados iniciais, é na APS que muitos casos são identificados e tratados, todavia é necessário que o cuidado seja para além da Unidade Básica de Saúde (UBS).

As ações da APS são diversas e direcionadas para vários grupos populacionais. Essas ações vão desde a publicação de inúmeros instrumentos técnicos para orientar os trabalhadores de saúde e gestores municipais, responsáveis diretamente pelo atendimento da população, até a publicação de portarias para aprimoramento da qualidade dos serviços da APS, contemplando repasse de recursos de investimento. (Parente, 2021)

Devido ao isolamento social, que foi utilizado como forma de conter a disseminação do vírus, para que fosse possível manter o contato com os usuários, o uso de telefone e as visitas peridomiciliares dos ACS foram de extrema importância.

[...] É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia ocorra de modo a preservar seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária. É necessário manter o contato das pessoas com

os profissionais de saúde que cuidam delas diariamente, seja para detectar precocemente a infecção por Covid-19, monitorá-la, seja para atender outro problema de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados, o apoio social aos grupos vulneráveis e as condições de proteção dos trabalhadores e da população. (Bousquat et al., 2021)

Em janeiro de 2021 foi iniciada a campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil, que teve atraso devido à conduta do governo federal em relação aos esforços para imunização da população, que em certo momento defendeu a “imunização do rebanho”, onde todos teriam que ser infectados pelo vírus da covid-19 e acreditando que assim a população alcançaria a imunização.

Ainda durante o mandato do ex-presidente Bolsonaro, foram registradas diversas posturas negativas em relação à abordagem do governo federal frente à pandemia de COVID-19 no Brasil, incluindo o negacionismo. A propagação de *fake news*, o discurso anti-ciência, a defesa pelo uso de medicamentos sem eficácia comprovada, a resistência às medidas de distanciamento social são exemplos de como a situação era conduzida pelo governo.

O balanço dos quatro anos trágicos do governo Bolsonaro, que pode ser resumido pelos fatos a seguir, [...]: ataques às instituições e aos fundamentos do Estado Democrático de Direito; desemprego em alta, queda da renda e aumento da pobreza e da fome; deterioração das relações internacionais e a transformação do país em pária; negacionismo na gestão da pandemia, que levou a quase 700 mil mortes pelo covid-19; queimadas e desmatamento recorde da floresta amazônica e ataques aos povos originários; sucessivos cortes no orçamento das universidades, ameaças à autonomia docente e intervenção em diversas instituições; disseminação de uma cultura de ódio e violência nas escolas; criminalização, censura e falta de investimento na cultura (Senna Junior *et al*, 2023 *apud* Rocha, 2021).

Em 2022, após quatro anos marcados pelo desgoverno de Bolsonaro, Lula retorna à presidência do Brasil após vencer as eleições, assumindo novamente a liderança do país em um momento de grande expectativa e necessidade de reconstrução. Ao longo dos últimos dois anos, o Brasil já começou a passar por importantes mudanças em várias frentes, abrangendo as áreas econômica, social, política e internacional. Essas transformações têm sido orientadas com o objetivo de superar os retrocessos e crises acumuladas durante o governo anterior e de recolocar o país no caminho do desenvolvimento sustentável, pautado pela inclusão social e pela soberania nacional.

Em abril de 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.493/2024,

que institui uma nova metodologia para o cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa medida representa uma importante reformulação nas diretrizes de financiamento. A nova portaria traz mudanças significativas na forma como os recursos serão distribuídos, buscando maior eficiência e equidade na aplicação dos fundos destinados à saúde. Além disso, com a publicação da portaria, foram revogadas diversas outras normativas anteriores que regiam o financiamento da Atenção Primária, incluindo a Portaria nº 2.979/2019, que estabelecia o programa Previnde Brasil. A revogação dessas portarias anteriores sinaliza um movimento do Ministério da Saúde em direção a um novo modelo de financiamento, adaptado às necessidades atuais do sistema de saúde e visando otimizar a gestão dos recursos destinados à atenção básica em saúde.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: DESAFIOS EM JUIZ DE FORA/ MG

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base fundamental do sistema de saúde, sendo responsável pelo primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde e pelo cuidado contínuo e integral. Esse nível de atenção visa promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar e tratar problemas de saúde de maneira precoce, além de coordenar o cuidado e encaminhar, quando necessário, para outros níveis de complexidade.

A cidade de Juiz de Fora, localizada na Zona da Mata mineira, apresenta uma realidade particular, marcada por desafios estruturais e organizacionais que afetam diretamente o trabalho dos assistentes sociais no âmbito da APS. Dentro desse contexto, o trabalho do assistente social se revela essencial, uma vez que esses profissionais são importantes na promoção da equidade e da justiça social, atuando em defesa dos direitos dos usuários do sistema de saúde. O assistente social na APS deve contribuir para ampliar o acesso da população aos serviços, garantir a participação social e enfrentar as vulnerabilidades sociais que impactam diretamente na saúde das pessoas.

Este capítulo, portanto, abordará a importância da Atenção Primária à Saúde e o papel estratégico do assistente social nesse âmbito, explorando suas funções, desafios e contribuições para a melhoria da qualidade de vida da população.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde começou a ser amplamente adotada como um modelo essencial para o acesso aos serviços de saúde em várias nações ao redor do mundo na década de 1960. Esse novo modelo representou uma mudança significativa em relação às práticas anteriores, que eram predominantemente centradas em uma abordagem curativa, individualizada e centrada em hospitais. Por outro lado, a APS adotou um modelo preventivo que priorizou ações coletivas para promover a saúde e prevenir doenças. Esse modelo também se destacou por ser territorializado, ou seja, adaptado às

necessidades únicas de cada comunidade, e por promover uma abordagem mais democrática, encorajando a população a participar ativa do planeamento e gestão de saúde. Essa mudança na organização e prestação de serviços de saúde teve um impacto significativo nas políticas de saúde pública e teve um impacto significativo nos sistemas de saúde em todo o mundo (Fausto, 2007).

As discussões sobre a APS surgem a partir da Declaração da Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no ano de 1978 no Cazaquistão, onde se discutiu sobre a necessidade de melhorias na saúde, buscando uma definição para a APS, tendo como alguns componentes fundamentais

[...] educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planeamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. (Starfield, 2002, p. 31)

A Atenção Primária é a principal porta de entrada para o SUS, responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços disponibilizados na rede. É o primeiro ponto de contato entre os indivíduos e o sistema de saúde, geralmente envolvendo cuidados de saúde básicos e preventivos e pode ser definida como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

A Atenção Primária vai além de cuidar somente de problemas físicos, tendo foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças e o trabalho do assistente social possibilita uma abordagem mais abrangente dos determinantes sociais que impactam a vida do usuário.

a promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (BRASIL, 2000, p. 67).

Além disso, a APS também é compreendida como uma estratégia fundamental para reorientação do modelo de atenção do SUS. (Fausto, 2007) Para isso, quatro elementos que limitam a organização da APS podem ser considerados segundo Starfield (2002): *primeiro contato* que implica na acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde; *continuidade* que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária; *integralidade* onde as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde, incluindo o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde; e *coordenação* que significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo, ou seja, manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

Em 1994, por meio da publicação da Portaria nº. 692 de 25/03/1994, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde da Família imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. A proposta do Programa era fortalecer a APS como porta de entrada do sistema de saúde por meio de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994)

[...], a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas. (Morosini, pag. 12, 2018)

Em 2006, o Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser oficialmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa mudança não se limitou apenas a uma simples troca de nome, mas sim representou uma nova

abordagem para o programa. A escolha do nome, Estratégia Saúde da Família, foi feita com o intuito de ressaltar a natureza contínua e duradoura das ações realizadas, evidenciando a importância da integração e coordenação das atividades de saúde em uma área específica. O principal objetivo dessa estratégia é enfrentar os desafios e resolver os problemas de saúde identificados nas comunidades, visando proporcionar um cuidado mais eficaz e próximo à população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A importância da APS resultou na aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo sua primeira edição publicada por meio da Portaria GM n.º 648 de 28 de março de 2006, que posteriormente passaria por diversas alterações. Foi por meio da PNAB que tornou-se imprescindível as equipes multiprofissionais atuando no cuidado dos usuários, sendo a equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS (nesse momento as equipes contavam com até doze ACS, sendo que cada um deles tinha o dever de acompanhar, no máximo, 750 pessoas). Nesse período houve a ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023)

Buscando o fortalecimento da APS, em 2008, tendo em vista as necessidades de saúde da população, foram criados pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tinham como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. De acordo com a Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, o NASF poderia ter em sua composição profissionais de diferentes áreas além do/da assistente social, como psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta e médicos de diferentes áreas.

Além de apoiar e ampliar as ofertas de saúde, o NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS através de ações interdisciplinares e intersetoriais; com educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvendo a noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da

Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pág 10)

Em 2011 tivemos a primeira alteração na PNAB que apresentava mudanças significativas, sendo reconhecidas através do Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM), preservando a centralidade da ESF e consolidando uma APS forte. Também houve a remodelagem das equipes de AB, flexibilizando a carga horária dos profissionais médicos, permitindo assim a formação de equipes com um ou mais médicos, com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas.

[...] Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). (Melo *et al*, 2018, p. 41)

A nova PNAB, publicada em setembro de 2017, trouxe alterações significativas e que impactam diretamente a organização e funcionamento das equipes de saúde. Entre as mudanças mais notáveis está a revogação da possibilidade de as equipes contarem com médicos cuja carga horária fosse de 20 ou 30 horas semanais, estabelecendo que todos os profissionais de saúde, inclusive os médicos, cumprissem uma carga horária de 40 horas semanais. Outra modificação importante diz respeito ao número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe. Na versão anterior da PNAB, era exigido um mínimo de quatro ACS por equipe, mas, com a nova diretriz, esse número foi reduzido para apenas um ACS por equipe. Além dessas mudanças, a nova PNAB também passou a reconhecer outras formas de organização da Atenção Básica que vão além do modelo tradicional de saúde da família, ampliando as possibilidades de organização e adaptação das equipes de saúde para melhor atender às necessidades da população. (BRASIL, 2017)

Em 2019, com a implementação do programa Previne Brasil, o NASF passou por mudanças significativas e, na prática, foi substituído. O novo modelo

de financiamento da atenção básica não contemplou explicitamente os recursos destinados aos NASF, levando à desarticulação de muitas equipes e à reestruturação da forma de apoio às equipes de saúde da família. Essa mudança gerou críticas de profissionais e gestores da saúde, que apontaram a importância do NASF para a integralidade e a qualidade do cuidado na atenção básica.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM JUIZ DE FORA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A cidade de Juiz de Fora, localizada na região da Zona da Mata mineira, destaca-se entre os municípios brasileiros com melhores índices de qualidade de vida. Com uma população estimada de 540.746 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a saúde do município atua em gestão plena desde 1998 e exerce a função de pólo macrorregional de assistência, sendo responsável por fornecer referência em média e alta complexidade para diversas cidades da região. (Farah, 2006)

Atualmente a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora é composta por seis subsecretarias: a Subsecretaria de Gestão Administrativa e Financeira (SSAF), a Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa (SSPGIP), a Subsecretaria de Regulação (SSREG), a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SSVS), a Subsecretaria de Urgência e Emergência (SSUE) e a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SSAS), onde se encontra o departamento responsável pela gestão das Unidades Básicas de Saúde do município (Prefeitura de Juiz de Fora, 2021).

Em Juiz de Fora, as UBS configuram-se como a principal porta de entrada para o SUS, sendo responsáveis pela atenção primária à saúde. As UBS são distribuídas em oito regiões de planejamento, de modo a facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. Cada unidade é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, sendo essa a composição mínima de uma equipe. Algumas unidades contam também com assistentes sociais, dentistas e fisioterapeutas. Na maioria das UBS, a função de supervisor é feita por um membro da equipe, que acumula as funções referentes à sua categoria e as funções referentes ao cargo de supervisor, em sua maioria

administrativas e burocráticas, conforme as exigências da gestão municipal (Farah, 2006)

O Programa de Saúde da Família (PSF) em Juiz de Fora foi implantado na Atenção Primária através do Decreto 5.773 de 1996 após a II Conferência Municipal de Saúde, que estabeleceu as bases institucionais e políticas para sua introdução. O decreto trazia que até que o PSF abrangesse toda a área territorial do Município de Juiz de Fora, deveriam ser utilizados alguns critérios para a escolha das áreas de implantação e de desenvolvimento de ações como a priorização de áreas populacionais citadas pelo Mapa da Fome do IPEA, e consideradas as características geográficas e a distribuição populacional de cada região; áreas mapeadas, territorializadas; manifestação de interesse pela comunidade ou conselho local; estudo que justificasse a implantação e a existência de centros de apoio diagnóstico e terapêutico, de consultas especializadas e de leitos hospitalares que garantam a população o atendimento de qualidade. (Farah, 2006; Santos, 2006)

Dessa forma, a implantação ocorreu nas UBS da Vila Olavo Costa, Furtado de Menezes, Retiro, Santo Antônio, Jardim da Lua, São Benedito, São Sebastião, Jardim Esperança, além de uma Unidade Móvel que atendia a zona rural. (Castro, 2009).

A implantação do PSF em Juiz de Fora foi desenvolvida a partir de 1994, em 3 fases. A fase 1 compreendeu o diagnóstico preliminar da situação no município, apontando para as áreas e ações prioritárias. Na fase 2, de operacionalização, iniciou-se a implantação das ações nas áreas definidas. Na fase 3, estendeu-se a implantação das ações a quase todo o sistema de saúde. (Santos, 2006, p.77)

Ainda segundo Santos (2006), a implantação do PSF foi focalizada nas áreas de maior risco, para depois atingir coberturas mais abrangentes. Os ACS não foram incorporados no primeiro momento, por decisão do Conselho Municipal de Saúde. Foi somente a partir de 1999 que os agentes começaram a ingressar nas equipes.

Naquele momento, a expansão do PSF ocorreu de forma gradual, acompanhando as diretrizes nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as necessidades locais da população. Esse processo foi marcado por diferentes fases de implantação e adequação das equipes, refletindo os ajustes e os

desafios enfrentados ao longo dos anos para ampliar a cobertura e a qualidade da atenção primária no município.

[...] a expansão da Saúde da Família é caracterizada por seis fases, sendo que a primeira ocorreu no ano de 1995, período da implantação das primeiras equipes, totalizando 17 equipes; segunda em 1996 ampliando com mais 15 equipes; a terceira, em 1999, é caracterizada pelo credenciamento de algumas equipes, por não se enquadrarem aos parâmetros estabelecidos pelo MS (sem ACS e com uma enfermeira por UBS e não por equipe) e devido ao incentivo de cobertura populacional estabelecido pelo MS; quarta fase, em junho de 2000, com a criação de UBSs específicas para a Saúde da Família (Santa Luzia, Bandeirantes e Teixeiras) e foi a fase caracterizada pela recomposição das equipes credenciadas totalizando 36 equipes; quinta fase: ampliação de 20 equipes, porém foram credenciadas sete equipes, totalizando quarenta e nove equipes; sexta fase implantação das UBSs de Residência da Saúde da Família (duas equipes em cada UBS: Progresso, Santa Rita e Parque Guarani) no final do período de 2002 e, em 2003, a adesão do município ao PROESF, ampliação de vinte equipes, totalizando atualmente 80 equipes (outubro de 2005). (Barra, 2013 *apud* Farah, 2006)

Entre 2014 e 2016, a Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SSAPS) realizou oficinas com o objetivo de introduzir o Projeto de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, no município de Juiz de Fora, MG (PDAPS-JF) a fim de estruturar a Estratégia da Saúde da Família (ESF), prevendo melhorias dos processos da Atenção Primária à Saúde (APS) no município.

O Plano Diretor da APS em Juiz de Fora buscou transformar a maneira como os serviços de saúde eram prestados, utilizando a programação local em saúde (PLS) como uma das técnicas do planejamento local utilizada na atenção primária como balizador dos indicadores pactuados junto às equipes. Esperava-se que o plano pudesse contribuir para a readequação das práticas em saúde “ao favorecer o manejo da condição crônica com vistas à coordenação ao longo do contínuo assistencial nos diferentes serviços de saúde”. (Horta, 2021)

Ao final de sua implantação, o PDAPS normatizou a APS à luz da gestão do cuidado, no manejo das condições crônicas, com a incorporação e utilização da programação local em saúde. Nesse sentido, observou-se a institucionalização das ferramentas através de publicações de um conjunto de resoluções do Conselho Municipal de Saúde e de portarias da Secretaria Municipal de Saúde, configurando um rol de atos normativos regulamentadores da APS em Juiz de Fora, MG. (Horta, 2021, p.37)

Em setembro de 2023, a prefeita Margarida Salomão e o então secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda

Magalhães anunciaram uma revolução para a atenção primária no município, trazendo mais equipes de Saúde da Família, garantindo a ampliação nos horários de atendimento nas UBS's. (Portal de Notícias, 2023)

Até o ano de 2024, a Atenção Básica em Juiz de Fora funcionava com um modelo misto de Atenção Primária à Saúde, que combinava a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipes tradicionais. No entanto, a partir de junho desse mesmo ano, a gestão municipal anunciou a criação de 50 novas equipes de ESF, sinalizando uma mudança significativa no cenário da saúde local. Essa expansão permitirá que a estratégia seja implementada em UBS até então conhecidas como tradicionais, promovendo uma abordagem mais integrada e focada na prevenção, promoção da saúde e cuidado integral.

Além das novas equipes de ESF, também foram anunciadas a criação de duas equipes multiprofissionais (eMulti⁷) de apoio à Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes deverão atuar de forma complementar e integrada às demais, reforçando a capacidade de atendimento e proporcionando um suporte especializado que contribuirá para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na APS. Essa será a primeira vez que o município de Juiz de Fora contará com o serviço que incluirão assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Após essas mudanças, o município contará com um total de 63 UBS, destas, 54 com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que permitirá uma cobertura mais ampla e efetiva. Com a inclusão das novas equipes e a reorganização do modelo de atendimento (horário ampliado nas UBS), o total de equipes de saúde da família no município chega a 229, o que equivale a aproximadamente 86% de cobertura. Essa expansão e reorganização visam melhorar a acessibilidade, a qualidade do atendimento e a eficácia das ações de saúde.

⁷ Em 2023, o governo federal, por meio da Portaria GM/MS Nº 635/2023, estabeleceu um incentivo financeiro federal para a implantação, custeio e desempenho de equipes multiprofissionais na podem ter em sua composição Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogos, Fonoaudiólogos e Assistentes Sociais, Educadores Físicos, Farmacêuticos Clínicos, entre outros.

3.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social surge como uma profissão diretamente inserida na divisão social e técnica do trabalho, como resposta às necessidades geradas pelas transformações sociais, econômicas e políticas decorrentes do avanço do capitalismo, atuando nas mais variadas manifestações das expressões da questão social. Dessa maneira, o Serviço Social é chamado a intervir em situações que envolvem desigualdades, exclusão, pobreza, e outras problemáticas que afetam a classe trabalhadora e os grupos marginalizados. Como resultado, sua prática torna-se um instrumento de mediação entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, desempenhando um papel essencial na busca por equidade social e na garantia de direitos, especialmente em contextos de crise e intensificação das desigualdades sociais (Iamamoto, 2006).

No Brasil, a consolidação da profissão ocorreu na década de 1930, sendo fortemente influenciada por correntes europeias, especialmente pela Igreja Católica. Esse contexto teve grande impacto no processo de formação e estruturação da profissão, que, nesse período, foi marcada por um caráter vocacional e missionário. As práticas profissionais eram orientadas por princípios morais e de bons costumes, refletindo uma visão conservadora, sempre culpabilizando o sujeito pelas situações de pobreza ou vulnerabilidade em que se encontrava, desconsiderando os fatores estruturais e sociais que também influenciavam essas condições.

Em 1936, foi fundada a primeira Escola de Serviço Social em São Paulo, um marco importante para a consolidação da profissão no Brasil. A instituição estabeleceu alguns critérios específicos para a admissão de seus alunos, incluindo a exigência de "ter 18 anos completos e menos de 40 anos; comprovação de conclusão de curso secundário; apresentação de três pessoas idôneas como referência; e submissão a um exame médico" (Iamamoto e Carvalho, 2009). Além dessas condições, o curso tinha, inicialmente, um perfil direcionado ao público feminino, refletindo a visão predominante da época. As mulheres eram consideradas naturalmente aptas para desempenhar tarefas educativas e assistenciais, em razão de uma concepção social que associava o feminino ao cuidado e à caridade, o que reforçava estereótipos de gênero,

moldando o Serviço Social como uma profissão essencialmente vocacional e com ênfase em valores morais.

Nas décadas seguintes, o serviço social passou por um processo significativo de desenvolvimento e consolidação no Brasil, acompanhando as mudanças sociais e políticas do país. Porém, foi somente a partir de meados da década de 1980 que o Serviço Social brasileiro começou a vivenciar uma profunda renovação. Nesse período, é possível identificar a disputa de dois grandes projetos que influenciaram o rumo da profissão: o projeto privatista, que defendia a ampliação da lógica de mercado e de gestão privada para a prestação dos serviços sociais, e o projeto da reforma sanitária, que tinha como objetivo fortalecer o papel do Estado na garantia dos direitos sociais e na universalização do acesso às políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde e assistência.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social é um grande marco na história da profissão na América Latina, uma vez que propõe a ruptura com as práticas tradicionais, tendo a partir de então um profissional mais crítico, capaz de intervir mediante as refrações da questão social que se revela principalmente nas desigualdades sociais e econômicas, evidenciadas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras. Este processo teve grande influência na Renovação do Serviço Social do Brasil, a crítica ao conservadorismo e a consolidação da vertente de intenção de ruptura. (Netto, 2005)

Nesse momento também estava em pauta o Movimento de Reforma Sanitária, que como dito anteriormente, trazia para a cena dois projetos: o projeto conservador e o projeto da reforma sanitária.

O primeiro deles tem requisitado assistentes sociais para desenvolver seleção socioeconômica de usuários com ênfase no aconselhamento, em ações fiscalizatórias de planos de saúde, no assistencialismo embasado na ideologia do favor e no predomínio de práticas individuais. Já o segundo se orienta pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, pelo atendimento humanizado, pelas estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, com ênfase nas abordagens grupais e multidisciplinares, bem como pelo acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (Oliveira e Ghiraldelli, 2019, P 257)

Foi a partir desse momento que o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde, pois com a Constituição Federal de 1988 e a criação da lei orgânica da saúde, o modelo de assistência à saúde é modificado superando o modelo centrado na doença e nas ações curativas. (Martini, 2017).

A área da saúde se torna grande empregadora de assistentes sociais, dando espaço para os profissionais atuarem no desenvolvimento de ações e programas que promovam a saúde, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade, garantindo o acesso aos serviços de saúde, a articulação e a interação com outras áreas profissionais. (PNAB, 2017)

O trabalho do assistente social será norteado pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/93, que devem ser respeitados, pelos profissionais e pelas instituições onde estão inseridos. A atuação do profissional está principalmente ligada a atender às demandas dos usuários, garantindo o acesso aos direitos assegurados por meio das políticas que atuam.

Por ter uma formação generalista, o assistente social pode atuar em diferentes espaços na divisão sociotécnico do trabalho, podendo exercer suas funções em áreas como assistência social, saúde, previdência, segurança pública, e no âmbito sociojurídico, entre muitos outros espaços de intervenção profissional. Em todas essas áreas, as assistentes sociais desempenham um papel essencial na promoção e implementação dos direitos sociais, sempre com o objetivo de atender as demandas dos usuários, garantindo o acesso aos direitos assegurados por meio das políticas que atuam.

A atuação do Assistente Social na saúde perpassa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde doença, e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Neste sentido a atuação do assistente social deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde. (Hackbarth e Santos, 2015, p.02)

O assistente social passou a ser reconhecido como um profissional da saúde através da resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999, do CFESS. A resolução considera que

[...] para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o assistente social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais. (CFESS, 1999)

Essa resolução marcou um importante avanço para a categoria, pois estabeleceu o papel do assistente social dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo-lhe uma função estratégica e fundamental nas políticas públicas de saúde. A resolução considera que, além de sua formação técnica e ética, o assistente social exerce um papel essencial na promoção do controle social, participando ativamente da construção e implementação de políticas de saúde que visam não apenas a assistência direta à população, mas também a garantia de seus direitos sociais.

Em 2010 o conselho Federal de Serviço Social através do GT "Serviço Social na Saúde", lançou o documento "Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde", criado a partir das demandas identificadas no cotidiano de trabalho na saúde. De acordo com o documento, algumas das principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social no âmbito da saúde estão ligadas à prevenção de doenças e a garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde por meio da democratização das informações através de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, bem como a construção do perfil socioeconômico dos usuários, conhecendo a realidade do usuário. (CFESS, 2017)

Assim, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010), onde são fundamentais no entendimento de que a saúde também engloba condições econômicas, políticas, sociais e culturais, tornando assim o serviço social, ao lado de outras áreas, fundamental à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde e doença (Medeiros, 2012).

É notável o avanço do Serviço Social na área da saúde, podendo os profissionais trabalhar nos diferentes níveis de atenção intervindo nas questões de cunho econômico, social e cultural, que possam comprometer a eficácia dos programas de promoção, proteção e ou recuperação da saúde. (CFESS, 1999)

3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA

O assistente social em sua intervenção profissional possui competências específicas onde é capaz desenvolver estratégias para responder às

necessidades da população, específicas do seu campo de atuação, de forma articulada e contextualizada. De acordo com Quintino (2012), compete ao assistente social inserido na Atenção Primária:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente, com as ESF, a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade; identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda. (Quintino *et al*, 2012, p.347)

Ao integrar uma equipe de saúde (eSF ou eMulti) o assistente social traz consigo um olhar particular na interpretação das condições de saúde do usuário, além de uma competência específica no encaminhamento das ações, o que o diferencia dos demais profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros. Isso permite que ele identifique não apenas as necessidades de saúde, mas também os determinantes sociais que impactam a vida dos indivíduos. (CFESS, 2010)

O trabalho do assistente social na atenção primária à saúde tem grande importância, especialmente por se alinhar com as diretrizes da política social de saúde, que se fundamentam nos princípios da concepção ampliada de saúde. Essa concepção reconhece que os processos de saúde-doença não podem ser

compreendidos apenas a partir de fatores biológicos ou individuais, mas são fortemente influenciados pelas relações sociais, econômicas e pelas condições de vida e existência das pessoas.

Nesse contexto, o assistente social desempenha um papel central ao atuar na interface entre as necessidades de saúde da população e os determinantes sociais que impactam diretamente a qualidade de vida, no acesso aos serviços de saúde e na eficácia das políticas públicas, cabendo ao profissional desenvolver estratégias capazes de responder às necessidades da população, específicas do seu campo de atuação, de forma articulada e contextualizada para o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais, buscando a promoção da saúde. Tais garantias consolidam uma melhor assistência e organização dos serviços na APS, proporcionando efetivas melhorias nas condições de vida e saúde da população através de um sistema mais eficiente. (Quintino, 2012, p. 347)

Vale ressaltar o papel da APS na formação de novos profissionais por meio dos programas de residência. Importante cenário de formação, a APS permite o trabalho interprofissional reafirmando os princípios do SUS, principalmente no que tange ao atendimento das demandas sociais e de saúde da população. (Bergamasquini *et al*, 2021).

Atualmente, apenas 10 UBS no município contam com a presença de assistente social em suas equipes profissionais: UBS Dom Bosco, UBS Nova Era, UBS Progresso, UBS Santa Cecília, UBS Santa Cruz, UBS Santa Luzia, UBS Santa Rita, UBS Teixeiras, UBS Vale dos Bandeirantes e UBS Vila Ideal. Vale ressaltar que algumas dessas unidades também são espaços de formação para os Programas de Residência em Saúde da Família e Saúde do Adulto.

Apesar de não haver um protocolo atualizado que oriente o trabalho dos assistentes sociais no município, em 2016 foi publicado o "Catálogo de Normas da APS – Juiz de Fora", produto do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS-JF), que visa melhorar a organização do processo de trabalho nesse nível de atenção, estabelecendo normas para as condutas das ações e serviços oferecidos à população, além de promover a participação do controle social no acompanhamento e fiscalização dessas condutas.

Em relação à estrutura disponível para que os assistentes sociais possam desenvolver suas atividades, os recursos disponíveis são bastante limitados. A

carência de materiais e equipamentos adequados, bem como de espaços físicos apropriados, o que acaba dificultando e limitando a atuação desses profissionais, retratando a precarização do serviço público de saúde.

Recentemente, após mais de uma década de luta, os assistentes sociais que atuam na Prefeitura Municipal de Juiz de Fora conquistaram a implementação da jornada de 30 horas semanais sem redução salarial, conforme previsto na Lei Federal 12.317, sancionada em 2010. No entanto, os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ainda não têm direito às 30 horas semanais. Isso ocorre em função da Portaria N.º 2360/2015 – SS/PJF, que regulamenta a jornada de trabalho dos profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Portaria MS nº 2488/2011, a qual, em seu artigo 1º, estabelece as diretrizes para o cumprimento dessa carga horária:

Art. 1º Os profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deverão cumprir 40 horas semanais de jornada de trabalho de forma que as cargas horárias laborais sejam integralmente atendidas na forma prevista na Portaria GM/MS 2488/2011.

Parágrafo único. Os profissionais são médicos, enfermeiros, auxiliar/técnico de enfermagem, agentes comunitários de Saúde e assistentes sociais. (Juiz de Fora, 2015)

A partir da leitura das dissertações selecionadas disponíveis no site do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, foi possível identificar contribuições teóricas e práticas fundamentais para a compreensão do exercício profissional dos assistentes sociais na APS em Juiz de Fora.

3.4.1 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA

É importante destacar aqui que o assistente social atua no mercado de trabalho como um trabalhador assalariado, vendendo sua força de trabalho. Nessas condições, sua atividade profissional será limitada pelas exigências de seu empregador, que define suas atribuições, funções e impõe obrigações trabalhistas e ocupacionais. Essas demandas, muitas vezes, geram tensões e contradições no ambiente profissional, pois se chocam com a relativa autonomia que o assistente social possui para realizar suas ações. A necessidade de atender às expectativas institucionais pode, portanto, restringir a capacidade de o profissional exercer plenamente sua função crítica e transformadora, criando

desafios para a mediação entre os interesses institucionais e as necessidades sociais que o assistente social busca atender.

Para Iamamoto (2007), a efetivação dessa autonomia vai depender da correlação de forças políticas, econômicas e culturais que se expressam de formas particulares e em distintos espaços ocupacionais. Além de contar com “qualificação acadêmico-profissional especializada, a regulamentação da profissão, de funções privativas e competências, e a necessidade de maior articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho” para defesa dessa autonomia nesses espaços.

Segundo Castro (2009), a inserção do assistente social no trabalho em saúde possui especificidades, pois se trata de um espaço sócio ocupacional que tem uma centralidade no trabalho vivo e na produção de ações que visem o cuidado da população e se tratando da APS essas particularidades se ampliam, pois é a porta de entrada dos serviços de saúde e está em posição privilegiada no contato com os usuários e seu cotidiano de vida.

Ainda de acordo com Castro (2009), os assistentes sociais relataram que estão entre suas atribuições na APS

[...] orientação de 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; encaminhamento de providências; planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; realização de estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais; realização de vistorias, perícias técnicas sobre a matéria de Serviço Social; prestação de assessoria e consultoria a movimentos sociais; implementação e execução de políticas sociais junto a órgãos da administração pública; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; e direção de serviços técnicos de Serviço Social. (Castro, 2009, p. 144)

Dentre as orientações prestadas pelos os assistentes sociais, Castro (2009) destaca:

os esclarecimentos e encaminhamentos para inserção em programas e benefícios sociais como cesta básica, bolsa-família, benefícios previdenciários, assistenciais, e demais direitos que os usuários possuem, e encaminhamentos para acesso aos serviços de saúde e outros que o usuário tenha direito; orientações referentes à saúde mental, e ao relacionamento do usuário com familiares e a comunidade em geral. Realizam ainda orientações respaldadas na educação em saúde. (Castro, 2009, p. 144)

Além de outras atividades não relativas ao trabalho do assistente social, como auxílio no balcão, entrega de medicação/insumos e pesagem de crianças para acompanhamento de programas.

É fundamental destacar que o Assistente Social deve ter compreensão sobre a natureza da profissão, do projeto ético-político da profissão, bem como do arcabouço teórico-metodológico acumulado. Isso possibilita a identificação das demandas no cotidiano no dia a dia de trabalho, além de permitir uma comunicação clara para a equipe a respeito das atribuições e competências inerentes ao trabalho do assistente social.

[...] o profissional necessita compreender a realidade institucional da Unidade de Saúde que está inserido, analisar os limites (tanto das políticas e serviços de saúde quanto da profissão) para construir estratégias/possibilidades, inclusive coletivas, e assim garantir a escuta qualificada dos usuários, fortalecer espaços de participação social, desenvolver ações interdisciplinares e intersetoriais, realizar trabalhos educativos, informativos, visando a democratização da saúde, a prevenção, a promoção, a resolutividade, ou seja, garantindo os direitos da política de saúde. (Paula, 2021, p.11)

Ribeiro (2010) aponta para a urgência de se investir e aprofundar na reflexão sobre as necessidades de saúde, uma vez que muitas vezes o trabalho do assistente social não está sendo construído com base em análises criteriosas das demandas ou necessidades do usuário. Isso se deve por consequência da

[...] carga de trabalho excessiva e o envolvimento na rotina de trabalho da Unidade de Saúde que impedem a disponibilização de tempo para um trabalho investigativo; falta de organização do tempo destinado para planejamento; a estrutura precária da instituição; o perfil profissional; e ainda, o descrédito de um trabalho de escuta da população influenciado por vertentes de valorização e imposição do saber profissional por parte de alguns profissionais. (Ribeiro, 2010, p 18)

Dentro das atribuições apresentadas, a educação em saúde é um diferencial do Serviço Social, pois por meio dela o profissional percebe o processo saúde/doença, a partir da articulação de fatores psicológicos, culturais e socioeconômicos, fundamentada em uma ótica reflexiva, possuindo como referência técnicas participativas, e mais ainda, percebe a educação em saúde e o acesso à informação como um direito. (Castro, 2009)

Normalmente os grupos que acontecem nas Unidades estão ligados a algumas patologias e às diferentes fases da vida como: Hipertensão e Diabetes;

Alimentação Saudável; Saúde Mental; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Gestação. Reis (2009), aponta que os profissionais de Serviço Social são os principais articuladores dessas atividades e, em muitas situações, os únicos que elaboram projetos, planejam e conduzem os grupos.

Também é importante destacar a participação do assistente social nos Conselhos Locais de Saúde, que é de extrema importância. “O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios, que expressam diferentes projetos societários e diferentes direções para a política de saúde.” (Castro, 2009, p.146) É o local onde a comunidade tem participação direta, garantindo que as demandas da população sejam ouvidas e incluídas nas decisões, promovendo a justiça social e o direito à saúde para todos.

Devido à formação profissional do assistente social, a atuação se torna mais qualificada para lidar com as complexidades sociais que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos. A formação do assistente social abrange uma visão ampla e crítica das desigualdades sociais, permitindo uma abordagem integrada que considera os determinantes sociais da saúde, como pobreza, exclusão, violência e discriminação, além de priorizar elementos como o vínculo com os usuários, a articulação com a equipe e a qualidade dos serviços prestados.

Isso não impede que tenham dificuldades a serem superadas. Em sua pesquisa Castro (2009) identificou algumas dificuldades apresentadas pelos profissionais para a realização do trabalho como a “seletividade e focalização dos programas e das políticas; incompreensão do papel do Serviço Social; trabalho em equipe; sobrecarga de trabalho devido extensão da área de cobertura da UBS; imediatismo da demanda; falta de espaço físico, desenvolvimento de duas funções.”

O assistente social também atua também como preceptor tendo grande importância para a formação dos assistentes sociais e em seu aprimoramento profissional. A RESF desempenha um papel crucial na formação de profissionais para o SUS, além de contribuir para a integração das equipes de saúde, promovendo um cuidado mais abrangente e eficaz. A experiência adquirida durante a residência fortalece a capacidade dos profissionais em integrar equipes multiprofissionais e em oferecer um atendimento de qualidade, alinhado às diretrizes e necessidades do SUS.

A RESF é uma posposta de articulação ensino-serviço, voltada para a formação de recursos humanos para o SUS, principalmente, para a Atenção Primária. Possui o compromisso de formar profissionais competentes, criativos e resolutivos, para tanto, o processo de formação em serviço está pautado na “reflexão crítica, análise, síntese e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de conhecimentos baseando-se em metodologias passíveis de provocar mudanças de comportamento profissional e de aplicabilidade imediata nos serviços (Proposta Técnica Para Residência Em Saúde Da Família Apud Mourão et al, 2007, p. 371 *apud* Costa, 2016, p.137).

Em Juiz de Fora, conforme Barra (2013), a RESF foi inicialmente implantada nas UBS dos bairros Parque Guarani, Santa Rita e Progresso num contexto de integração entre universidade e a rede de assistência local (parceria UFJF/PJF). Essas unidades foram selecionadas por não contarem, na época, com a ESF e pelo interesse manifestado pelos Conselhos Locais de Saúde em implementar o programa. Atualmente, a RESF tem como cenários de atuação as UBS dos bairros Santa Rita, Nova Era, Bairro Industrial e Vila Ideal, contando com a participação do Serviço Social em três dessas unidades.

A Residência permite que os profissionais ampliem sua formação profissional de modo descentralizado e interdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo o conjunto dos saberes à disposição e elaborados na convivência cotidiana nos serviços de saúde. A partir de sua proposta, a Residência procura atingir a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de apreender e de ensinar de todos os profissionais envolvidos, além de proporcionar a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho coletivo, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento.(Vargas, 2015, p.8)

O programa sempre orienta a formação profissional pautada no Código de Ética profissional, priorizando as necessidades dos usuários, a resolutividade das ações em saúde e a perspectiva da humanização, a fim de melhorar o atendimento aos usuários e o fortalecimento dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS. (Vargas, 2015)

Segundo Costa (2016), durante o processo de formação, destacam-se diversas atividades realizadas pelos residentes, como: assistência aos usuários e suas famílias; participação no controle social; levantamento das condições socioeconômicas e sanitárias; realização de pesquisas; produção de material técnico; planejamento e organização do trabalho; e ações de educação em

saúde. Além disso, são realizadas reuniões mensais entre os residentes e seus preceptores, visando o acompanhamento e aprimoramento contínuo do processo formativo.

3.4.2 DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA

Como abordado anteriormente, o assistente social é um profissional capacitado e que desempenha funções diversas dentro do seu campo de atuação, não só no atendimento direto às necessidades dos indivíduos, mas também no trabalho de articulação entre diferentes serviços, instituições e políticas, visando a garantia dos direitos dos cidadãos. Isso porque possui uma análise crítica e profunda da realidade, além de um amplo conhecimento dos aspectos sociais, econômicos e políticos que influenciam no processo de saúde doença, o que pode ser imprescindível para a formulação de meios que visem melhores condições de vida.

Todavia, existem desafios a serem enfrentados pelos assistentes sociais na APS e muitos estão atrelados às gestões dos próprios serviços de saúde, imbricados pelo sistema capitalista e o ideário neoliberal, que difundem ideais conservadores, centralizadores e focalizadores, perpetuando e aprofundando as mazelas sociais (Nunes, 2022). Castro e Oliveira (2011), apontam como relevante a qualificação do gestor para a área da saúde, destacando que ele necessita ter um aporte teórico, ético e político que o oriente a exercer os princípios e diretrizes do SUS, amparado em conhecimentos da área de saúde pública e coletiva.

Nesse sentido, destaco três dos principais obstáculos que impactam diretamente a atuação do serviço social na APS. O primeiro deles é a limitação de recursos humanos, que compromete a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados, resultando em sobrecarga para os profissionais e na impossibilidade de oferecer um acompanhamento adequado e contínuo à população. Isso se dá principalmente pelo fato de o assistente social não compor a equipe mínima da ESF e por estar a cargo da gestão a complementação das equipes com outras categorias profissionais.

O segundo obstáculo é a focalização das políticas destinadas à APS, que priorizam grupos da população. A focalização pode perpetuar uma lógica assistencialista, onde os problemas são tratados de forma pontual e paliativa, sem que se busquem soluções estruturais e integradas para a melhoria das condições de saúde da população. Isso pode fazer com que a atuação do profissional fique limitada ao cumprimento dos programas determinados pelo Ministério da Saúde, aos excessos de burocracias e da exigência do cumprimento da produção (Castro e Oliveira, 2011).

Por fim, as dificuldades de acesso da população às políticas de saúde constituem outro grande desafio. Muitas vezes, limitações sociais e econômicas impedem que as pessoas consigam acessar os serviços de que necessitam e em muitos casos o assistente social acaba por buscar alternativas e articulações para assegurar o mínimo de assistência a essas pessoas, fazendo com que a população veja nele a possibilidade de “conseguir alguma ajuda” (Castro e Oliveira, 2011).

Outros elementos que foram destacados por Castro e Oliveira (2011), são: direcionamento das ações ainda centrado na doença, desqualificação dos gestores para o cargo que ocupam; falta de continuidade de uma gestão para outra; focalização das discussões em torno do repasse financeiro.

Por outro lado, o assistente social consegue compreender o contexto institucional em que está inserido, onde analisa as limitações tanto das políticas e serviços de saúde quanto da própria profissão, e a partir disso consegue construir estratégias/possibilidades que são fundamentais para a sua atuação.

A presença do assistente social nas UBS possibilita a implementação de ações que vão além da atenção à doença, focando em projetos de prevenção e promoção de saúde. Como mencionado anteriormente, a educação em saúde é um diferencial no trabalho desse profissional, que, nesse espaço, tem a oportunidade de estabelecer um diálogo mais próximo com os usuários, podendo identificar suas necessidades através da escuta qualificada, para assim planejar suas ações voltadas ao cuidado integral de acordo com as realidades daquele território potencializando a efetividade das intervenções, individuais e em equipe.

É importante ressaltar que a inserção desse profissional na APS garante um trabalho multiprofissional, onde a sua contribuição é fundamental para uma abordagem mais abrangente no cuidado à saúde. Nesse sentido, há possibilidade

do profissional estar em uma ESF ou em uma eMulti. Atualmente é mais comum ter o profissional em eMultis. Além da atuação enquanto preceptor fazendo parte da formação de novos profissionais.

Outra possibilidade importante é o fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde e a promoção da participação popular. O assistente social tem papel fundamental em criar espaços onde a comunidade possa dialogar e influenciar diretamente as decisões sobre políticas e ações de saúde, tornando o processo mais democrático e participativo.

Por fim, o assistente social também contribui para a criação de vínculos entre os usuários e os serviços de saúde, pois o acolhimento e a escuta qualificada permite uma abordagem mais humanizada e próxima da realidade vivida pelos usuários, reforçando o SUS como um sistema de saúde inclusivo e equitativo. A formação do profissional permite que ele priorize elementos como o vínculo com os usuários, a articulação com a equipe e a qualidade dos serviços prestados em sua atuação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar a atuação do assistente social na atenção primária à saúde, apontando os desafios e possibilidades nesse nível de atenção, com foco na APS em Juiz de Fora. Neste sentido, realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico, analisando as produções do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

As discussões sobre a atuação do assistente social na Atenção Primária à Saúde mostram a complexidade e a importância do profissional nesse nível de atenção. O assistente social desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, defesa dos direitos sociais e na articulação de políticas públicas que busquem melhorar as condições de vida da população. No entanto, essa atuação é permeada por desafios significativos, como a carga de trabalho excessiva, a precarização das condições de trabalho, a falta de reconhecimento de seu papel nas equipes e as limitações estruturais.

Algo que me chamou atenção durante a pesquisa foi o número reduzido de publicações recentes sobre o tema no PPGSS. Isso me leva a refletir sobre a escassez de estudos na área, que reflete a realidade do município. Durante muito tempo, o profissional de serviço social foi considerado uma prioridade nos serviços de atenção primária, mas, devido a políticas focalizadas na APS que não contemplam essa área, sua atuação deixou de ser valorizada.

É importante ressaltar que, de forma geral, quando se discute a inserção do assistente social na APS observa-se que a maioria dos estudos e publicações disponíveis tende a se concentrar na atuação do profissional nos NASF, que não foi uma estratégia adotada pelo município. Apesar de sua inclusão no Plano Municipal de Saúde como uma ação a ser desenvolvida, o município nunca conseguiu implantar um NASF na rede de atenção à saúde. A situação foi ainda mais agravada pela interrupção do financiamento das equipes, tornando a implantação do NASF ainda mais distante, já que o município não dispunha das condições financeiras necessárias para cobrir os custos de uma equipe.

Por fim, a atuação do Assistente Social na APS em Juiz de Fora teve e tem grande importância, uma vez que esse profissional como já exposto em outro momento, garante o atendimento integral e a construção do trabalho coletivo em

saúde. Apesar de todos os desafios, há diversas possibilidades que podem ser exploradas para fortalecer a atuação do assistente social na APS. Investir na formação continuada dos profissionais, valorizar o trabalho e a integração com outras áreas da saúde, fomentar o diálogo entre os diferentes setores da rede de atenção e promover políticas que ampliem recursos e apoio institucional, são essenciais para que serviço social na APS tenha maior efetividade, reconhecimento e capacidade de oferecer um atendimento integral, contribuindo para a promoção da equidade e a garantia dos direitos sociais da população.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, T. W. F.. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (orgs.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 29-60.

BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

BERGAMASQUINI, A. C.; SILVA, C. M.; CASTRO, M. M. C. **Residência Multiprofissional, Atenção Primária à Saúde e Serviço Social: potencialidades do trabalho interprofissional**. Serviço Social & Saúde, Campinas, SP, v. 20, p. 1-17, 2021.

BOUSQUAT A. et al. **Desafios Da Atenção Básica No Enfrentamento Da Pandemia Da Covid-19 No Sus**. In: Anais Do 4º Congresso Brasileiro De Política, Planejamento E Gestão Da Saúde, 2021, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus?lang=pt-br>. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. Constituição Federal 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 5.773, de 12 de novembro de 1996**. Institui o Programa de Saúde da Família no âmbito do Município de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 1996.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 dez. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a formulação da Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde ,Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2023

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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Portaria G.M. n. 692, de 25 de março de 1994. **Cria o Programa de Interiorização do SUS e o Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da União, Brasília, 25 mar. 1994.

BRASIL. **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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social, v. 22, n. 46. Brasília, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs) – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CASTRO, M. M. C; FREITAS, I. G. **POLÍTICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: uma análise das determinações ministeriais para a atenção primária à saúde**. 2021. XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56560>. Acesso em: 09 dez. 2023.

CASTRO, M. M. C. **Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CASTRO, M. M. C.; OLIVEIRA, L. M. L. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26-43, jan./jul. 2011.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFE, 2010.

CFESS. **Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília-DF, 1999.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COSTA, V. A. **A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o projeto ético-político do serviço social: um debate necessário**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora-MG**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública. Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica**. 2018. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção primária à saúde*. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 493-545. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>.

HACKBARTH, D; SANTOS, S. A. S. **Relato de experiência: a inserção e atuação do serviço social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Lages/SC**. Florianópolis, SC, 2015.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)** *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR

HORTA, T. A. C. **O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde**. 2021. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica**. São Paulo: Celats/Cortez, 2006.

JUIZ DE FORA. **Portaria n.º 2360 – SS**. Regulariza o cumprimento da jornada de trabalho por parte de profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família.

Publicada em: 29 set. 2015. Disponível em:
https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=41745, Acesso em: 15
 setembro 2024.

LEVCOVITZ, E. et al. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S.: **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 10(3): 1037-51, set.-dez. 2003.

MACHADO, K.B. **A atenção primária à saúde (APS) nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2021): um olhar para a Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Miracema do Tocantins, 2021.

MARTINI, D.; DAL PRÁ, K. R. **A inserção do assistente social na atenção primária à saúde**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 118-132, 2018. Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MEDEIROS, L. **O Serviço Social No Nasf: Demandas, Respostas E Desafios Profissionais**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MELO G. A, FONTANELLA B.J.B., DEMARZO M.M.P. **Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais**. Rev. APS. 2009 Abr-Jun; 12(2): 204-213.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C.L. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, set. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 58-70, dez. 2019

MENICUCCI, T. M. G. **A política de saúde no governo Lula**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MOSCON, N.; KRÜGER, T. R. **O Serviço Social Na Atenção Básica E O Acesso Aos Serviços De Saúde**. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

NETTO, J. P. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NUNES, D. C. **O trabalho do assistente social na atenção primária à saúde no município de Bela Vista de Minas.** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Rede de Ensino Doctum, 2022.

OLIVEIRA SOBRINHO, A. S. **São Paulo e a Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade.** Sociologias. Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 210-235, jan./abr. 2013.

OLIVEIRA, A.; GHIRALDELLI, R. **O Serviço Social na Atenção Primária.** EM PAUTA, Rio de Janeiro, 2º Semestre de 2019 - n. 44, v. 17, p. 255 – 273.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde.** Alma-Ata, 1978. Genebra: OMS, 1978

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books.

PARENTE, R. **O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da covid-19.** Ministério da Saúde, Brasília - DF. Publicado em 27/01/2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-no-enfrentamento-da-covid-19> Acesso em: 15 de Set. 2024

PAULA, L. G. P.; OLIVEIRA, K. A. S. **Serviço social e defesa de direitos na Atenção Primária à Saúde.** Serviço Social & Saúde, Campinas, SP, v. 20, p. 1-22, 2021.

PINHEIRO, E. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: aspectos da intervenção profissional.** VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico>

PORTAL DE NOTÍCIAS. **Revolução na saúde em Juiz de Fora: número de equipes de saúde da família serão dobrados.** Juiz de Fora, 15 set. 2023.

Disponível em:

<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=81213>.

Acesso em: 15 setembro 2024.

QUINTINO, T. D.; MATTOS, A. T. R; BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A.C. **Contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades.** Revista de APS, v. 15, n. 3, p. 345-355, jul./set. 2012.

REIS, M. L. **Grupos educativos em saúde nas unidades de saúde da família do município de Juiz de Fora**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

RIBEIRO, R. S.. **Necessidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

RSP, E. (2022). **Plano SALTE**. Revista Do Serviço Público, 2(3), 3 - 4.
Recuperado de <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/6711>

SANTOS, M. R. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região e Juiz de Fora - MG**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.

SENA JÚNIOR, C. Z.; MIGUEL, L. F.; FILGUEIRAS, L. **O terceiro governo Lula: limites e perspectivas**. Caderno CRH, Salvador, v. 36, p. 1-10, 2023

SILVA, J.J. L.; SANTOS, V. M.; CORREIA, M. V. C.. **Política de saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**. Ser Social: Alimentação, Abastecimento e Crise, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191-210, jan.-jun. 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STEFANO, D.; MENDONÇA, M.L. **DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. 1.ed. - São Paulo : Outras Expressões, 2019