

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE

ALINE AMORIM CHAVES

**INSERÇÃO E PERFIL DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI.**

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Rio de Janeiro

2021

Aline Amorim Chaves

**INSERÇÃO E PERFIL DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI.**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Rio de Janeiro

2021

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C512i Chaves, Aline Amorim
Inserção e perfil de atuação do assistente social na atenção primária a saúde no município de Niterói / Aline Amorim Chaves. - Rio de Janeiro, 2021.
133 f.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2021.

1. Assistentes Sociais. 2. Prática Profissional. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Pessoal da Saúde. 5. Área de Atuação Profissional. I. Fonseca, Angélica Ferreira. II. Título.

CDD 361.3

Aline Amorim Chaves

**INSERÇÃO E PERFIL DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI.**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Doutora Adriana Ramos – Universidade Federal Fluminense – UFF

Doutora Letícia Batista da Silva – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz

Doutora Angélica Ferreira Fonseca – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio -
Fiocruz

*Dedico este trabalho:
à minha avó, Dalma e
à minha mãe, Deise.*

AGRADECIMENTOS

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde e aos professores da instituição pela oportunidade e aprendizado e apoio nesse momento peculiar de pandemia.

À Angélica Ferreira Fonseca, minha orientadora, pelo suporte, paciência e carinho dedicado a mim ao longo destes três anos.

Às professoras Adriana Ramos e Letícia Baptista pelas contribuições no momento da qualificação.

À instituição Nezo Educacional, pelo aprendizado obtido que contribuiu de maneira significativa para a construção desta pesquisa.

À Joyce Helena Martins Leal pelas contribuições ao longo da minha trajetória profissional, pela indicação e divulgação da seleção para este programa e pelos anos de estudo. Você ilumina minha vida!

À Nathália da Silva Borges pela amizade, pela fé e carinho depositados em mim e pela oportunidade de aprendizado, você me inspira!

Ao meu companheiro Fernando dos Santos pela força e incentivo nos momentos difíceis, pelo companheirismo e amizade.

À Ana Kelly Souza pelo carinho, amizade e oportunidade de ampliar meu aprendizado ao longo destes três anos, e a Adriana Medalha Perez pela contribuição através do ensino e do compartilhamento de conhecimentos da área do serviço social que ajudaram na construção deste trabalho.

À Raissa Soeiro pela ajuda na construção da metodologia da pesquisa, à Francinete Amorim do Carmo e a Nelson Correa pelo auxílio na realização da pesquisa de campo.

A minha turma de mestrado ingressante em 2019 que me deu apoio, carinho, dicas e amizades que pretendo levar para o resto da vida!

À Cláudia Márcia Almeida por me inspirar a ser uma assistente social da saúde.

Às assistentes sociais do município de Niterói que aceitaram participar da pesquisa. Esse trabalho não existiria sem vocês.

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, às quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde)

RESUMO

Os assistentes sociais estão presentes na saúde desde 1940. Seu perfil de atuação vem sendo profundamente modificado por influências dos contextos político sociais, por mudanças na identidade profissional da categoria e por mudanças na área da saúde, que tem a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde como marcos. Nessa pesquisa o objetivo foi discutir a inserção do assistente social na atenção primária à saúde do município de Niterói. Para isto foram coletados dados de perfil no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 49 assistentes sociais; analisando os documentos e realizando as entrevistas semiestruturadas com sete assistentes sociais atuantes na Atenção Primária em Saúde. Buscando compreender suas trajetórias, suas atividades e sua percepção sobre as principais contribuições dos assistentes sociais para a Atenção Primária em Saúde do município. Os resultados indicaram uma atuação comprometida com a direção hegemônica da profissão, permitiram observar o protagonismo que o serviço social tem na Atenção Primária em Saúde, sua capacidade de atuar em equipes multiprofissionais, promover a interface entre diferentes áreas, refletir sobre seu potencial e dar relevância aos determinantes sociais da saúde. Concluímos reafirmando a constatação de que a atuação das assistentes sociais na atenção primária à saúde de Niterói mantém uma perspectiva crítica, comprometida com o projeto ético-político da profissão, em uma posição de defesa dos direitos sociais e empenhados na articulação entre teoria e prática do serviço social.

Palavras-Chave: Atenção Primária em Saúde; Serviço Social; Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Social workers have been present in health care since 1940. Their profile of work has been profoundly changed by influences from social political contexts, by changes in the professional identity of the category and by changes in the health area, which includes the health reform and the creation of the System Health as milestones. In this research, the objective was to discuss the insertion of the social worker in primary health care in the city of Niterói. For this, profile data were collected from the National Register of Health Establishments (CNES) of 49 social workers; analyzing the documents and conducting semi-structured interviews with seven social workers working in Primary Health Care. Seeking to understand their trajectories, their activities and their perception of the main contributions of social workers to Primary Health Care in the city. The results indicated an action committed to the hegemonic direction of the profession, allowing the observation of the role that social services have in Primary Health Care, their ability to work in multidisciplinary teams, promoting the interface between different areas, reflecting on their potential and giving relevance the social determinants of health. We conclude by reaffirming the observation that the role of social workers in primary health care in Niterói maintains a critical perspective, committed to the ethical-political project of the profession, in a position of defense of social rights and committed to the articulation between theory and practice of social service.

Key-words: Primary Health Care; Social Work; Work in Health.

LISTA DE SIGLAS

AB –Atenção Básica

ABAS – Associação Brasileira de Assistentes Sociais

ABESS – Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF 1988 – Constituição Federal de 1988

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fesaúde – Fundação Estatal de Saúde

Fiocruz – Fundação Osvaldo Cruz

FMS – Fundação Municipal de Saúde

GBT – Grupo Básico de Trabalho

HIV – vírus da imunodeficiência humana

Hiperdia – Programa de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MEC – Ministério da Educação

MMF – Módulo do Médico de Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF – AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família / Atenção Básica

NEPP – Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PAB – Piso de Atenção Básica

PMF – Programa Médico de Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RPA – Recibo de Trabalho Autônomo

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

VIPACAF – Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

VIPAHE – Vice-Presidência de Atenção Hospitalar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de assistentes sociais por componente da rede de atenção primária em saúde e regime de contratação do município de Niterói - RJ em julho / 2020.....72

Quadro 2: Número de assistentes sociais por componente da rede de atenção primária em saúde e regime de contratação do município de Niterói - RJ em julho / 2021.....73

Quadro 3: Dados sobre formação das assistentes sociais entrevistadas. Município de Niterói, 2021.....76

Quadro 4: Tempo de atuação, inserção e instituição inserção das assistentes sociais entrevistadas. Município de Niterói, 2021.....76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da Constituição da Rede Básica de Saúde do Município de Niterói Regionais de Planejamento.....55

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	17
3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PESQUISA	23
3.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO	23
3.2 A APLICAÇÃO DO MÉTODO A PRESENTE PESQUISA.....	29
3.2.1 O Método no Serviço Social	30
3.2.2 O Método na Saúde	32
4. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: HISTÓRICO E CONCEITOS	34
4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS SOCIAIS	34
4.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE	38
4.3 O MOVIMENTO DE RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	42
4.4 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	45
4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – REVISITANDO ASPECTOS HISTÓRICOS E QUESTÕES ATUAIS.....	48
4.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM NITERÓI	49
4.6.1 A Atualidade da Atenção Primária A Saúde de Niterói	54
4.7 O SERVIÇO SOCIAL: COMPROMISSOS ASSUMIDOS	62
5. OBJETIVOS	67
5.1 OBJETIVO GERAL	67
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
6. METODOLOGIA	68
6.1 DEFINIÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO: APS DE NITERÓI.....	68
6.2 ASPECTOS TEÓRICOS E ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS	68
6.3 PESQUISA DE CAMPO	69
6.3.1 Primeira Etapa: Instrumento Online.....	69
6.3.2 Segunda Etapa: As Entrevistas.....	71
6.3.3 Obstáculos Para A Entrada Em Campo.....	72
7. RESULTADOS	73
7.1 ASSISTENTES SOCIAIS NA APS EM NITERÓI: DESCRIÇÃO DO CONTEXTO.....	73
7.1.1 Tempo De Inserção E Permanência Na Saúde	83
7.1.2 Relações Entre O Perfil Da Unidade, Perfil Da Atividade.....	84
7.1.3 Pertinência Entre Atividades E O Escopo Profissional.....	89
7.1.4 O Relacionamento Com Outros Profissionais E O Trabalho Multiprofissional	92

7.1.5 Relevância do Trabalho do Assistente Social para a APS de Niterói	94
7.1.6 O Exercício Profissional Frente Aos Fatores Políticos E Institucionais	100
7.1.7 Teoria E Prática Do Serviço Social no Seu Contexto De Trabalho	101
7.2 OUTROS ELEMENTOS RELEVANTES QUE EMERGIRAM NAS ENTREVISTAS	102
7.2.1 O Momento Histórico de Inserção das Assistentes Sociais em Niterói	102
7.2.2 Assistentes Sociais: Liderança, Condução, Protagonismo, Planejamento e Definição de Ações em Niterói.....	104
7.2.3 Algumas Repercussões Sobre O Trabalho Das Assistentes Sociais No Contexto Da Covid-19	107
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
9. REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE I	123
APÊNDICE II.....	125
APÊNDICE III	129
APÊNDICE IV	132

1. APRESENTAÇÃO

O texto a seguir é fruto do projeto de pesquisa realizado no período de 2019 a 2021, durante o curso de pós-graduação strictu-sensu em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz e tem por objeto a análise da inserção e perfil dos assistentes sociais na atenção primária à saúde do município de Niterói.

O interesse pelo tema iniciou-se ainda durante o período de graduação na Universidade Federal Fluminense (UFF) em que tive a oportunidade de atuar como estagiária em duas instituições de saúde pública do município de Niterói. Na primeira, foi possível observar uma atuação profissional conservadora, distante de uma perspectiva profissional crítica e um fazer profissional baseado na lógica de favorecimento.

Na segunda unidade, apesar de estar inserida em um projeto de prevenção que atuava fora da unidade, foi possível identificar uma atuação profissional comprometida com as dimensões norteadoras da profissão de serviço social e ampliar meus conhecimentos e interesse em atuar no campo da saúde, após a conclusão da formação, Creio que a coexistência destes dois perfis está relacionada à própria história de construção da profissão, que, de acordo com Netto (2005), apresentou três vertentes de orientação profissional em disputa: a modernizadora; a reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

Meu trabalho de conclusão de curso sob o título: *“ADOLESCÊNCIA E SAÚDE: Limites e Possibilidades do Acesso de Adolescentes aos Direitos Básicos de Saúde na Zona Norte do Município de Niterói”*, foi também fonte de motivação para o projeto atual, dada a aproximação proporcionada com os temas do trabalho e da formação do assistente social.

O interesse pelo tema ligado a saúde de Niterói e o seu aprofundamento também resultou em dois trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduação Latu-Sensu que tratam da temática de saúde do município: o primeiro intitulado *SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O Ingresso De Idosos Em Clínicas Populares De Saúde Do Município De Niterói*, fruto da especialização em Gerontologia contribuiu para discussão do breve histórico de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e trouxe a discussão do ingresso de idosos em clínicas populares do município. Consideramos esta discussão como um desdobramento da pesquisa iniciada no campo da análise bibliográfica e levantamento de dados secundários, devido ao foco na atenção primária em saúde ofertada pelo município em comparação ao crescimento de Clínicas Populares, tal discussão, entretanto não será usada no trabalho atual; o segundo trabalho, intitulado: *O Assistente Social Na Gestão De Projetos Sociais Da Atenção Primária*

Em Saúde, foi realizado para conclusão do curso de especialização em Gestão de Projetos Sociais, preconizou o debate sobre a atuação de assistentes sociais na gestão de programas e projetos sociais na APS. Este debate levou em conta o olhar voltado para as políticas sociais presentes no âmago da formação profissional em serviço social que potencializa sua capacidade de elaboração e gestão de projetos sociais em saúde, o foco da escrita se deu na discussão da capacidade profissional a partir do seu histórico formativo, da legislação de saúde vigente e dos documentos do Conselho Federal de Serviço Social que contribuem significativamente também para o trabalho atual. Este tema será abordado na discussão dos resultados da pesquisa, e é considerado pela pesquisadora como de grande relevância para a temática da inserção do serviço social na APS de Niterói.

Desta forma, o trabalho atual reúne o desejo de ampliar os conhecimentos a respeito da atuação do assistente social na saúde, compreendendo o seu modo de inserção na APS do município de Niterói. Contribuem também para este interesse a proximidade do campo de estudo com a realidade de vida da pesquisadora, os conhecimentos a respeito do município e a facilidade de acessar as unidades inseridas na pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

O final da década de 1980 marca um tempo de mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil, no sentido de uma maior democratização. Fruto de lutas de movimentos sociais e da sociedade civil, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, que inaugura a introdução de um Sistema Único de Saúde - SUS cuja implementação é iniciada na década de 1990, com as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se metamorfoseando, moldando-se de acordo com a correlação de forças entre trabalhadores e capitalistas e com os interesses e influência internacionais (RIZZOTTO, 2014). Essas mudanças têm efeitos em todos os níveis do sistema e se reflete na forma como os profissionais de saúde atravessam diversos processos em seu campo de trabalho. Em nosso estudo o foco volta-se para o assistente social, que atua em conjunto com as equipes de saúde, contribuindo para a compreensão e o acesso dos usuários aos seus direitos em diversos âmbitos do setor saúde. É a partir da compreensão da importância que o assistente social pode ter na saúde que, nos propomos neste projeto, a discutir as formas como o assistente social se insere no SUS, em particular na Atenção Primária em Saúde (APS), dentro do SUS.

Podemos dizer que desde 1998, com a criação do pacto de indicadores da atenção básica, deu-se um movimento que vinha tornando a APS, como enfoque prioritário do SUS (MOROSINI ET. AL, 2018). Tal enfoque, segundo Rizzoto (2014) fazia parte do projeto neoliberal de contrarreforma que adotou o então Programa Saúde da Família como modelo nacional de atenção básica em saúde sob forte pressão e intervenção do Banco Mundial com o objetivo de reduzir os gastos em saúde. O sucesso da implantação se deu devido a uma forte política de incentivo fiscal para que os municípios aderissem ao programa. Entretanto, Morosini et. al. (2018), destacam que o Programa Saúde da Família “permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável.” (p.12) tendo se configurado com equipes e processos de trabalho organizados “com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.” (p.12), as autoras destacam ainda que nos anos 2000 foram desenvolvidos programas de ampliação da atenção básica culminando na publicação em 2006 da política nacional de atenção básica assumindo também o nome de Estratégia Saúde da Família, fortalecendo o seu caráter nacional. Em virtude destes acontecimentos e do fortalecimento da ESF é que ela, por consequência, torna-se a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, portanto, a APS é responsável por ações de

prevenção, vigilância, promoção e cuidado em saúde (Ministério da Saúde, 2017, Art. 2º), e assume como princípios a integralidade, universalidade e equidade¹ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda de acordo com Morosini et. al. (2018), a promulgação da PNAB em 2006 e sua revisão em 2011 forneceu as bases para a consolidação do modelo, fortalecendo o eixo da APS, exercendo o papel de coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de encaminhar os usuários para os demais serviços da rede de atenção à saúde. Insere-se nessa direção o atributo da continuidade do cuidado, considerado como exclusivo da APS (STARFIELD, apud. CUNHA E GIOVANELA, 2011, p. 1030) que é o acompanhamento das famílias atendidas pelos serviços do SUS. A APS deve oferecer principalmente ações de prevenção ao agravamento de doenças, além da vigilância sanitária nos territórios (BRASIL, 2010 e 2018) em que estão inseridas.

Nos municípios, as unidades de saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família (ESF), são as que estão mais próximas da população, tanto pelas diretrizes que fundamentam sua prática, como o “Cuidado Centrado na Pessoa” (BRASIL, 2017), quanto pela dinâmica do trabalho que inclui ações cotidianas no território, dentre as quais, a visita domiciliar, que é atividade central do trabalho dos agentes comunitários de Saúde (MOROSINI ET. AL, 2018, p.19). As unidades de atenção primária em saúde (APS), por todas essas características, têm maiores possibilidades de criar um vínculo forte entre população e serviços. (SODRÉ, 2014).

No município de Niterói, lócus da pesquisa, as ações de atenção primária sempre foram prioritárias na área da saúde. A APS funciona nos moldes do Programa Médico de Família (PMF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Policlínicas Regionais. O PMF, inicialmente implantado em duas comunidades do município, apresentava algumas particularidades em relação ao modelo tradicional de APS existente em outros municípios que são principalmente a forma de contratação dos profissionais inseridos e o formato da equipe básica do PMF.

O município de Niterói foi, no país, pioneiro na estruturação de uma rede de atenção primária em saúde, e teve como inspiração o modelo de saúde cubano. Em Niterói o PMF era composto inicialmente por uma equipe localizada em locais de vulnerabilidade que continha um médico generalista e um técnico de enfermagem. Neste formato a equipe fazia visitas

¹ <http://www.saude.gov.br/component/content/article/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>

domiciliares para acompanhar a população do território. Existia também em Niterói a participação direta da comunidade na contratação da equipe de base, sendo a contratação ligada à associação de moradores do território em que o PMF era implantado (SOUSA, 2015). A equipe que ofertava suporte para o PMF era composta por um Coordenador Médico das áreas básicas, um Sanitarista, um Enfermeiro, um Assistente Social e Médicos Especialistas (Sousa, 2015) e mantinha uma rotina de reunião e acompanhamento da equipe de base oferecendo formação complementar dentro dos padrões da educação permanente e suporte para casos mais específicos de atendimento.

O profissional de serviço social que participava da equipe de suporte aos PMFs, chamados no município de Grupos Básicos de Trabalho (GBT) auxiliava na organização das ações da equipe de base, na compreensão e reconhecimento, das determinações sociais que interferem nas condições de saúde da população da área e dos usuários. Não podemos esquecer que o período de implantação dos PMFs em Niterói e da ESF no Brasil, retrata a consolidação de mudanças ocorridas no interior da profissão de serviço social, que serão tratadas posteriormente; cabe citar que neste período a profissão perpassava por mudanças no seu processo normativo de execução, expressas no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei nº 8.662 de 1993 que dispõe sobre a regulamentação da profissão, além das mudanças teóricas que orientam a formação e a prática profissional presentes nas produções literárias e elaboradas pelo currículo base da formação definido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) em 1996. Tais mudanças repercutiam o movimento de renovação do serviço social brasileiro² iniciado na década de 1960, que na década de 1990, segundo Netto (2004), representou a fase de amadurecimento da profissão.

Cabe registrar que as diferenças entre o PMF e a ESF (que anteriormente era PSF) permaneceram até o final da década de 1990, mesmo mediante a nacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1993, que teve, entre uma de suas inspirações, o PMF de Niterói (Hubner e Franco 2007; Sousa, 2015).

Segundo Souza (2015), as diferenças entre o modelo de saúde de Niterói e os moldes nacionais da APS eram principalmente a estrutura da equipe de base, a sua forma de contratação e a participação da comunidade. No final da década de 1990 o Ministério da Saúde reconhece o PMF de Niterói como um modelo de ESF (SOUSA, 2015), mas desde

² Reforçamos que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social se efetivo de maneira diferente do observado na América Latina.

então as diferenças entre os dois modelos vêm sendo diminuídas. Isto porque o governo federal estabeleceu formas de indução do modelo da APS via financiamento direto (RIZZOTTO, 2014), especialmente a parte variável do piso da atenção básica, mas também com projetos específicos como foi o Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF). Este movimento se tornou mais intenso em 2006, quando foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que fez com que o PMF de Niterói, tenha se modificado ainda mais para adequar-se a essa política. É importante notar que de acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde para a composição das equipes da estratégia saúde da família, ou seja, o que é objeto de financiamento pelo Ministério da Saúde, não consta o profissional de serviço social. É a gestão descentralizada da saúde que garante aos municípios o direito de acrescentar profissionais às equipes de modo a se adequar aos interesses locais.

Segundo Sousa, (2015, p.105) estas mudanças se tornaram mais evidentes na gestão 2009-2012 do então prefeito Jorge Roberto Silveira em que:

Foi nesse governo que o agente comunitário de saúde e o enfermeiro foram inseridos na equipe do PMF. Cada equipe passou a contar com dois ACS e um enfermeiro foi contratado para trabalhar em duas equipes. Com esses novos profissionais, a equipe aumentou sua área de abrangência, podendo cadastrar mais famílias, contribuindo para o aumento da cobertura da população. (SOUSA, 2015, p. 105)

Atualmente (em 2021), de acordo com dados coletados para o presente trabalho junto ao documento da versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo (2022 – 2025) e da Carteira de serviços do Programa Médico de Família - PMF, o município conta com quarenta e três módulos do PMF, quatro Unidades Básicas de Saúde - UBS e sete Policlínicas Regionais. Inserem-se também na APS 28 equipes de saúde bucal³ e cinco equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família/Atenção Básica (NASF – AB) O estudo de Sousa (2015) que investiga a “trajetória da implementação do PMF em Niterói com ênfase nos elementos de continuidades e mudanças nos anos 2000” (Sousa, 2015 p.14), informa que cada módulo do PMF possui no mínimo duas equipes, cada uma delas composta por um médico generalista, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. De acordo com uma das entrevistadas que faz parte do programa médico de Família a composição atual se mantém, porém ela acrescentou que as equipes podem variar quanto ao número de ACS de dois a quatro dependendo do território e da equipe, outra informação é que existem Módulos com

³ A Versão Preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo, indica a existência de 27 equipes de saúde bucal, porém a carteira de serviços do Programa Médico de Família indica a existência de 28 equipes.

apenas uma equipe. Cada equipe atende de dois mil a dois mil e quinhentos habitantes. Já as UBS contam com “Médicos das áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia), Nutricionista, Psicólogo, Enfermeiro e Auxiliares, Assistente Social, Sanitarista e outros” (SOUSA, 2015, p.84).

Segundo Sousa (2015) os módulos do PMF atuam em caráter setorial, sendo localizados em espaços mais vulneráveis do município. Nesta perspectiva podemos considerar que uma das bases do PMF é o conceito de território, por isso é importante destacar que trabalhar na APS, a partir do conceito de território, significa desenvolver uma metodologia de atuação que considere o cotidiano dos usuários e as determinações espaciais que impactam a saúde deles. Trata-se de considerar aspectos políticos, civis, e sociais entendendo que o modo de produção e as relações de trabalho desta sociedade alteram o modo de vida dos usuários. Por isto, a consideração da cultura, dos costumes, das relações existentes, além da necessidade de estabelecimento de vínculos com os usuários é parte fundamental do trabalho no território. (GRÁCIA E MONKEN, 2009)

Ao definirmos como campo para o nosso estudo o município de Niterói, consideramos relevante tanto o seu pioneirismo quanto o fato de Niterói assumir a proposta de inserir o assistente social nas UBS e nas Policlínicas. Estes serviços contam com pelo menos um Assistente Social na equipe, e, nas equipes de apoio, gestão e coordenação dos módulos do PMF que organizam as estratégias de atuação, fortalecem a educação permanente em saúde e no caso do serviço social presta atendimento aos usuários, quando necessário.

Desse modo, o presente projeto buscou compreender e discutir como tem se dado a inserção e o perfil de atuação do assistente social na APS em Niterói. O propósito foi caracterizar a atuação de Assistentes Sociais, refletindo sobre os facilitadores e dificultadores do trabalho do Assistente Social neste nível de atenção. Sendo mais específico, nosso interesse é saber:

Quais são os objetivos propostos para o trabalho do assistente social na APS em Niterói? Quais as características do processo de trabalho do assistente social na APS? Que ações fazem parte do seu escopo de práticas neste nível de atenção? Como os assistentes sociais se articulam com outros profissionais das equipes?

Entendemos que para desenvolver essas questões é necessário realizar um caminho que contemple um breve resgate histórico da profissão de serviço social; seu atual processo formativo e a relação da formação teórica com a prática profissional considerando as

dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Tomando essas bases, pretendemos colocar em discussão a relação desta profissão com o setor saúde pensando como isto se desenvolve, dada as particularidades da APS em Niterói.

Neste campo, considera-se pertinente tomar como temas para maior desenvolvimento: a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a conformação do enfoque de APS, no plano mais geral, internacional, ressaltando as características da APS no Brasil e em Niterói.

Temos como pano de fundo de nossa discussão a problematização das formas atuais de configuração das políticas de saúde, considerando o contexto de radicalização da perspectiva neoliberal, que produz precarização da vida e do trabalho de todos e certamente com impacto sobre o trabalho do assistente social na APS.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PESQUISA

A dimensão teórica que apoia a pesquisa que aqui apresentamos possui como norte o materialismo histórico-dialético, e neste sentido busca discutir as diversas relações que constroem a realidade do trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde da atenção primária em Niterói. Mais do que isso, a compreensão de como uma profissão que, situada no trato das expressões da questão social, se desenvolve de maneira fundamental e diferenciada no campo da saúde. Tal compreensão não é imediatamente perceptível pela observação empírica inicial, ao contrário. Apesar dos assistentes sociais visivelmente atuarem em diversos setores da saúde do município, o protagonismo da profissão, os impactos da sua atuação comprometida com a direção hegemônica⁴ do trabalho, só foi constatado a partir dos resultados da pesquisa de campo.

Por isso, considerando também a importância da teoria Marxista e do materialismo histórico-dialético como fundamento para a própria profissão de serviço social, julgamos necessário o destaque de alguns pontos desta teoria, para situar o leitor ao pensamento utilizado nos apontamentos e reflexões contidas no presente texto.

3.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO

Iniciaremos com as discussões propriamente do método, a partir das considerações de Netto (2011), Konder (2008) e Löwy (2013).

José Paulo Netto é, certamente, um dos principais estudiosos marxistas que tem contribuído com a construção do Serviço Social, no Brasil. Pois suas obras contribuem para a formação profissional e o conhecimento a respeito da história da profissão. Coaduna também para esta afirmativa as diversas obras escritas pelo autor e utilizadas no serviço social, como

⁴ O serviço social possui uma pluralidade quanto a direção teórica do trabalho profissional, mas a direção hegemônica é marxista.

por exemplo: Capitalismo Monopolista e Serviço Social, Ditadura e Serviço Social, Pensamento Social, o artigo Cinco Notas a Propósito da Questão Social publicado na Revista Temporalis, entre outras obras que são fundamentais para a formação do assistente social. Ao falar sobre o método, em Marx, Netto (2011), aponta que a totalidade dos fenômenos inclusive históricos é que de fato orienta o estudo do método, e, particularmente na sociedade capitalista, o modo de produção de mercadorias interfere sim nas relações sociais, por isso, considerar a história de forma mais ampla permite entender que este é um fato inerente a esta sociedade e com a sua superação esta premissa também pode ser superada.

Para Marx, a teoria é uma forma peculiar de conhecimento em que, “a teoria é a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que à pesquisa” (NETTO, 2011, p.21), ou seja, reprodução ideal significa reprodução do campo das ideias, o pesquisador busca reproduzir de maneira mais real possível a realidade do objeto através de um movimento que parte do objeto expresso na sua forma aparente e, através da pesquisa e reflexão no campo das ideias, retorna ao real com uma reprodução que segundo o autor, busca a essência do objeto estudado. Em suma: “a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto” (NETTO, 2011, p.23).

O autor relata que para Marx a pesquisa não é algo externo ao pesquisador, antes a relação sujeito-objeto é reconhecida, e esta relação reafirma a inexistência de neutralidade no seu método, pois o sujeito pesquisador está inserido no objeto pesquisado que no caso de Marx era a realidade social. Assim Marx defende que o pesquisador precisa ser essencialmente ativo, reunindo saberes para produzir críticas e revisões de maneira a apoderar-se do conteúdo que será utilizado para compreender o objeto. Neste trajeto o autor ressalta a importância da utilização de instrumentos e técnicas que não devem ser confundidas com o método.

A pesquisa é então o processo de investigação que leva a reprodução ideal do objeto utilizando-se de instrumentos e técnicas diversas. Trata-se de uma busca que anseia reunir a maior quantidade de saberes, detalhes e aspectos do objeto para a construção da teoria.

Em resumo teoria é a reprodução do pensamento do movimento real do objeto, pesquisa é a reunião de saberes através de instrumentos e técnicas, e método é o processo que envolve ambos os aspectos numa perspectiva de busca da totalidade do objeto estudado.

O autor apresenta ainda a trajetória de produção literária de Marx destacando as principais obras que representam o caminho de chegada ao método. Este caminho apresenta inicialmente a inserção da dialética nas suas obras, posteriormente, a busca pela compreensão do real, inserindo o sujeito (ser social) no objeto de análise.

Ao falar sobre dialética, Konder (2008), destaca a partir das considerações de Engels, os três pilares que compõem o conceito da dialética chamados de Leis da dialética. A primeira delas, segundo o autor, é a “lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa)” (KONDER, 2008, p.56), ao explica-la, o autor aponta para um movimento de mudança de estado, em que parte do que se tem concebido é reduzido e assim modificado para avançar ao próximo estágio, dois exemplos citados no texto sobre essa questão são o do trigo, que ao ser triturado avança para o estágio seguinte de cozimento, e a água, que ao ferver, chega ao ponto de ebulição se modificando do estado líquido, para o gasoso. O segundo elemento é chamado pelo autor de “lei da interpenetração dos contrários” (KONDER, 2008, p.56), que indica a relação e o condicionamento entre as coisas, em um sentido mais amplo o autor expõe que as dinâmicas da sociedade estão interligadas e fazem parte de um todo, gerando uma relação de causa e efeito, e, portanto, condicionadas. Cabe destacar ainda sobre esta lei, o aspecto contraditório entre as coisas, relatado pelo autor da seguinte forma:

A segunda lei é aquela que nos lembra que tudo tem a ver com tudo, os diversos aspectos da realidade se entrelaçam e, em diferentes níveis, dependem uns dos outros, de modo que as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, uma por uma, sem levarmos em conta a conexão que cada uma delas mantém com coisas diferentes. Conforme as conexões (quer dizer, conforme o contexto em que ela esteja situada), prevalece, na coisa, um lado ou o outro da sua realidade (que é intrinsecamente contraditória). Os dois lados se opõem e, no entanto, constituem uma unidade (e por isso essa lei já foi também chamada de unidade e luta dos contrários). (KONDER, 2008, p.56 e 57)

A terceira é “lei da negação da negação”. De maneira geral esta lei retrata o momento em que se compreende da melhor forma a realidade apresentada, pois considera as contradições do objeto superando-as e reunindo-as formando uma síntese que permite um olhar ampliado, em outras palavras, trata-se de um resultado que não é nem a afirmação e nem a negação, mas sim uma síntese de ambas sendo, portanto, a negação da negação. Um exemplo citado pelo autor parafraseando Hegel, é o do processo de fabricação do pão: na primeira etapa o trigo é triturado e isso remete a lei da passagem, no segundo momento o conteúdo triturado passa por um processo de mistura em que são inseridos outros ingredientes para criação da massa que será assada, esse processo de fabricação da massa corresponde a lei

da interpenetração dos contrários, ou seja, são considerados diversos aspectos (ingredientes) que unidos compõem a massa, eles não são iguais, são portanto contraditórios, mas em sua diversidade geram a unidade da massa, já o momento de assar a massa e assim finalizar o processo de preparo do pão corresponde a lei da negação da negação, pois uma vez unida a massa gera um resultado que não é nem o trigo, nem os outros ingredientes, mas é o trigo triturado e unido aos outros ingredientes, trata-se da síntese dos ingredientes que formam o pão. Todo conteúdo inserido no processo de fabricação está ali, mas são expressos de forma melhorada capaz de atender a uma necessidade. Esses exemplos nos ajudam a compreender as questões do método, e, ao pretender discutir o trabalho dos assistentes sociais, observamos a forma como o movimento de compreensão da realidade sob uma perspectiva de totalidade se insere na análise das expressões da questão social presentes no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais.

Konder (2008) dá ainda destaque ao caráter mutável da sociedade. O autor aponta que a realidade está em constante transformação que ocorre dada a intervenção do ser social na realidade que se apresenta, o homem ao transformar a natureza, a si mesmo transforma, por isso a centralidade do trabalho é tão presente na discussão do conceito da dialética e do método de Marx. Reside também aí o caráter histórico do método, pois não há como analisar um objeto sem considerar os pressupostos históricos que o antecedem e as transformações no seu entorno. Assim, a pesquisa que se pauta nessa direção teórica preconiza o aspecto histórico e material dessa sociedade, pois a medida que o homem muda a natureza, ele também muda e assim muda também a sociedade e a realidade como um todo.

O conceito de Dialética que envolve estas três leis deixa claro a necessidade da perspectiva de totalidade, que é modificada continuamente pelo movimento dos atores da sociedade definida pelo autor no seguinte trecho:

A visão de conjunto - ressalve-se - é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que temos dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade. A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada. E é essa estrutura significativa - que a visão de conjunto proporciona - que é chamada de totalidade. (KONDER, 2008, p.36)

Neste momento, é possível observar a compreensão do campo das ideias e da construção do pensamento de que o movimento que visa compreender a realidade é um

processo e não um objeto acabado, precisando sempre ser revisto e modificado de acordo com as mudanças na realidade do objeto.

Ainda segundo Netto (2011) nos anos de 1850 Marx apresenta em uma introdução a convicção do objeto a ser estudado: a produção material, tal produção leva em consideração a centralidade do trabalho e a relação do homem com a natureza transformando-a para adequar ferramentas e produtos que serão utilizados na sua reprodução, isto é, a produção material é o produto do trabalho e esta produção gera relações sociais.

Aqui é importante destacar que Netto, (2011) ressalta que o método de Marx foi utilizado para analisar criticamente o modo de produção capitalista, considerando o aspecto histórico das relações sociais. O autor reforça que o trabalho para Marx é tido como o fundamento do chamado “ser social” pois este é o que impulsiona o movimento teleológico e as relações sociais, ou seja, o trabalho constituído pela relação do homem com a natureza transformando-a para atender suas necessidades. Ramos (2007), contribui para esta discussão no seguinte trecho:

Com essas afirmações o autor [Lukács] nos quer dizer: a) o trabalho transforma, ao mesmo tempo, a natureza e aquele que trabalha; b) só existe trabalho quando a ação e o produto da ação são projetados conscientemente por quem trabalha. Essa capacidade é exclusiva aos seres humanos, que são seres sociais. Portanto, o trabalho é inerente à produção da vida humana. (RAMOS, 2007, p.30)

Essa relação é fundamental para a emancipação do chamado ser social, que é definido por ele também como “ontologia do Ser social”. Na sociedade capitalista o autor identifica que o ser social perde a identidade com o trabalho tornando-se este abstrato e alienado. Esta alienação ocorre para ocultar na esfera chamada por Marx de “produção de mercadorias” a expropriação (abstração) de parte do trabalho executado pelo trabalhador, sendo este valor acumulado pelo detentor dos meios de produção: o capitalista.

Konder (2008), corrobora com a concepção de alienação ao falar sobre a divisão social do trabalho, o autor afirma que:

As condições criadas pela divisão do trabalho e pela propriedade privada introduziram um “estranhamento” entre o trabalhador e o trabalho, uma vez que o produto do trabalho, antes mesmo de o trabalho se realizar, pertence a outra pessoa que não o trabalhador. Por isso, em lugar de realizar-se no seu trabalho, o ser humano se aliena nele; em lugar de reconhecer-se em suas próprias criações, o ser humano se sente ameaçado por elas; em lugar de libertar-se, acaba enrolado em novas opressões. (KONDER, 2008, p.30)

Netto (2011) prossegue traçando as definições que chegam ao conceito de unidade no aspecto da produção ao longo da história humana enfatizando que existem particularidades de determinados períodos históricos, ou seja, a forma como o objeto (produção material) se expressa tem diferenças de acordo com o período histórico, e no caso, Marx quer estudar o período que corresponde a organização histórica da sociedade burguesa. Desta forma a análise de Marx consiste em analisar a forma da produção da riqueza material para entender o funcionamento da sociedade burguesa.

É importante considerar que esta produção material da riqueza dentro da sociedade burguesa envolve produção, distribuição troca e consumo, considerando assim uma unidade de diversos remetendo a ideia de totalidade do objeto. Estes elementos são também chamados de categorias, pois eles estão inseridos na totalidade do objeto, mas isoladamente, tem funções diferenciadas.

Assim para Marx, segundo Netto (2011) o campo visível, palpável, isto é, a expressão aparente do objeto é o que ele chama de concreto porque representa o objeto com suas múltiplas determinações. A partir deste objeto expresso é que se parte para o momento da abstração em que se concebem com mais profundidade todos os elementos, categorias, inseridos no objeto, a abstração é então o ato de “recortar” o objeto do real, para pensá-lo reunindo elementos que o constituem para retornar ao concreto com uma perspectiva de totalidade, em suma: Parte-se do concreto, transfere-o para o campo do pensamento e retorna-o para o concreto, desta vez, pensado, e este movimento é contínuo.

No que se refere ao objeto, que é a produção material na sociedade burguesa, é importante apresentar o destaque a sua complexidade inserida no texto. Marx coloca que a sociedade burguesa é complexa devido as particularidades históricas contidas na sua forma de organização, destaca ainda que por esta complexidade foi possível analisar outros modelos de sociabilidade existentes antes deste, ou melhor dizendo, pesquisar a “ontologia do ser social” presente nas diversas formas de sociabilidade

O texto apresenta a compreensão de que o objeto recortado é que definirá os instrumentos e técnicas a serem utilizados, por isto o método de Marx não apresenta, e não é, um conjunto de instrumentos e técnicas, nem tampouco um manual que pode ser aplicado a qualquer objeto, também, os resultados não são de escolha do autor como se este pudesse adequar o objeto a sua vontade, mas o método leva a busca pela forma real do objeto, e não aquilo que se quer obter, em suma o objeto não pode ser modificado pela vontade do

pesquisador, mas pode ser desmistificado a partir do aprofundamento da pesquisa e relevância dos diversos aspectos que o condicionam.

Existe ainda um ponto importante relacionado ao método que é a indissociabilidade entre elaboração teórica e a formulação metodológica, isso acontece porque a formulação metodológica é dada pela elaboração teórica, em outras palavras, foi dito anteriormente, que o objeto orienta a pesquisa e os instrumentos que serão utilizados para atingir o objetivo de reproduzir o objeto real. Esta reprodução do objeto real é a teoria. Partindo desta definição então, podemos compreender que a teoria é o resultado do movimento de compreensão do fenômeno que é realizado durante o método, sendo a teoria o objeto real e, sendo o objeto aparente o ponto de partida. Podemos afirmar que não se poderia produzir uma teoria sem o movimento de compreensão do objeto que é o método ou a formulação metodológica, por isto, o autor afirma que teoria e formulação metodológica são dois lados de uma mesma moeda e o método sem a teoria, ou a teoria sem o método não conceberiam a reprodução real do objeto.

Com as definições acima o autor afirma que no campo teórico-metodológico é possível encontrar três categorias principais: A primeira de totalidade compreende o objeto dentro de suas múltiplas determinações; a segunda, de contradição pode ser compreendida como os diversos elementos contidos na totalidade que influenciam o objeto, ou seja, as determinações da realidade concreta e os aspectos inerentes a esta realidade; e a terceira é a “mediação” que é responsável por mediar os diversos aspectos de maneira a interligá-los e assim constituir a totalidade da realidade apresentada.

3.2 A APLICAÇÃO DO MÉTODO A PRESENTE PESQUISA

Mesmo sendo um assunto complexo, cuja discussão exige um estudo mais profundo do que o que alcançamos no curto espaço de tempo do mestrado profissional, procuramos selecionar algumas questões e autores, sobre o método do materialismo histórico-dialético com o objetivo de situar o leitor diante dos elementos teóricos que atravessaram a formação no mestrado, mas que antes disso já se apresentaram na formação em serviço social e que influenciam a pesquisa atual.

Löwy (2013), assim como os demais autores marxistas vão marcar a ideia de que o pesquisador não é um ser neutro ao objeto, ao contrário, o próprio pesquisador está inserido no contexto do objeto. O autor, faz uma analogia do pesquisador como o pintor no mirante, ao desenhar uma paisagem. A posição, o ângulo do qual o pesquisador visualiza a paisagem

corresponde a forma como ele vai desenhá-la, isto porque o pesquisador olha para o objeto a partir de uma perspectiva, uma classe e uma teoria que o direciona. No método dialético, conforme descrito anteriormente o objeto indica as ferramentas necessárias para sua observação e análise, mas aquele que utiliza as ferramentas, possui também um papel naquele objeto. Sobre isto o autor aponta as seguintes considerações:

Esta última precisão é capital. É evidente - para ficar no quadro de nossa alegoria do mirante - que a paisagem como painel não depende somente do observatório, mas também do próprio pintor, de sua *forma de olhar* e de sua *arte de pintar*.

A 'forma de olhar': o pintor -- isto é, o cientista social -- é condicionado não somente por sua posição de classe, mas também por *outras determinações*, por outras pertinências sociais *não-classistas* relativamente autônomas com relação às classes sociais: nacionalidade, geração, religião, cultura, *sexo*. Sua visão é desviada também por sua vinculação a certas categorias sociais (burocracia, estudantes, intelectuais, etc.) ou a certas organizações (partidos, seitas, igrejas, círculos, confrarias, cenáculos). (LÖWY, 2013, p.256)

Neste ponto, passo a pensar sobre minha própria posição. A posição do mirante em que me encontro, como pesquisadora, é a de uma profissional de serviço social que atuou em um fragmento do campo pesquisado, e mais do que isso, vivenciei questões que levaram ao interesse em aprofundar o conhecimento neste campo. Além disso, minha inserção de classe faz com que me identifique com a fração da população, aproximadamente 71%, rotulada em alguns estudos como dependente do SUS. Sou, portanto, uma usuária dos serviços que, como profissional, também prestou serviços na saúde do município. A formação em serviço social também contribuiu para a delimitação do objeto

3.2.1 O Método no Serviço Social

O objeto da pesquisa é a forma como o assistente social se insere na atenção primária do município de Niterói. No que diz respeito a profissão de serviço social, o método escolhido corrobora com a perspectiva atual da categoria, que eu diria que é, no presente, hegemônica, que tem o materialismo histórico-dialético como referencial para sua atuação. No campo formativo da profissão aprendemos as dinâmicas da sociedade capitalista, as mudanças no mundo do trabalho e suas consequências para a vida da população. Esse aprendizado não é neutro e traz consigo uma perspectiva da sociedade, caracterizada pela crítica às formas de acumulação da riqueza socialmente produzida. Em sua formação o assistente social é ensinado a entender as políticas sociais como um conjunto de ações que visam a reprodução da classe trabalhadora e como um agente apaziguador das tensões da luta de classes inerente a

sociedade capitalista, cujo financiamento é composto por parte da repartição da mais-valia⁵, sobre este conceito Ramos (2007) afirma:

Sabemos que o valor de toda mercadoria é determinado pelo quantum de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção. Assim, conforme vimos, o valor da força de trabalho corresponde ao tempo de trabalho necessário à sua produção e reprodução (comer, vestir, morar etc.), que é pago na forma do salário. A mais valia é produzida quando o trabalhador realiza uma jornada maior do que aquela paga pelo capitalista para garantir a produção e a reprodução de sua força de trabalho. Com isto, ele agrega à mercadoria um valor maior do que aquele correspondente ao valor pago pela sua força de trabalho. É essa a diferença que gera a mais-valia; ou seja, a mais-valia é extraída do trabalho realizado não pago. (RAMOS, 2007, p.47)

Ainda sobre o conceito de mais-valia Ramos (2007, p. 47) relata a existência de dois tipos: a mais-valia absoluta corresponde ao processo de abstração pelo tempo de trabalho dispendido, enquanto a mais-valia relativa se dá na intensificação do trabalho pelo aumento de capital constante (recursos físicos, tecnológicos e maquinários) que aumentam a produção no mesmo período trabalhado.

É importante compreender que o serviço social é uma profissão que traz, em si, contradições. Historicamente o serviço social foi criado para atuar no apaziguamento da classe trabalhadora, nas diversas expressões da questão social. A *questão social* é a expressão usada para abordar as consequências (desigualdades) recorrentes no processo de apropriação do valor da força de trabalho (produzida pelo trabalhador) pelo capitalista. Este processo foi analisado por Marx na observação da esfera da produção de mercadorias presente na composição orgânica do capital. As expressões da questão social são as mais diversas, por isso a teoria é tão importante para orientar o trabalho do assistente social. Sobre a questão social Iamamoto (2001) afirma o seguinte:

A tese a ser desenvolvida considera ser a ‘questão social’ *indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas. ela é tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo estado na sociedade burguesa e não um fenômeno recente, típico do trânsito do padrão de acumulação no esgotamento dos 30 anos gloriosos da expansão capitalista.* (IAMAMOTO, 2001, p.11)

Entendo que em seu cotidiano o assistente social é confrontado com o fenômeno aparente, este deve ser analisado a luz da teoria sob uma perspectiva de totalidade e assim

⁵ Termo utilizado por Marx que faz referência ao excedente produzido pelo trabalhador e apropriado pelo capitalista, gerando o enriquecimento deste último e empobrecimento do outro. A repartição da mais valia é fruto da luta dos trabalhadores pela garantia dos direitos sociais, necessários para sua reprodução.

retornar ao usuário com uma intervenção capaz de contribuir para o fortalecimento da garantia dos seus direitos. A profissão é contraditória, porque se reconhece como parte integrante da classe trabalhadora e, portanto, se coloca na defesa da sua classe, mas sua atividade profissional, no seio das políticas sociais, trabalha para a manutenção da ordem social vigente.

Essa contradição é observada na discussão sobre o duplo papel das políticas sociais, ao mesmo tempo que é instrumento de garantia de direitos e fundamental para a reprodução da classe é também um instrumento apaziguador que contribui para manter o domínio de classe. O reconhecimento dessa questão e a discussão desse complexo eixo da sociedade também faz parte do movimento dialético de compreensão da profissão de serviço social e sua articulação com o trabalho concreto é um de seus principais e mais difíceis desafios.

3.2.2 O Método na Saúde

A concepção de saúde oriunda do projeto da Reforma Sanitária, se constitui ao longo de lutas sociais que atravessam os anos 1970 e se expressa na Constituição Federal de 1988, além de afirmar no artigo 196 que a garantia a saúde visa à *redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*, afirmando ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988, art. 196). Esta premissa está fundamentada na ideia de que a saúde pública, parte do sistema de proteção social brasileiro, é uma política social, conquistada pelos trabalhadores para sua produção e reprodução, financiada por eles, tanto no âmbito direto, através dos impostos, como no indireto, já que parte do valor extraído da sua força de trabalho e acumulado pelo capitalista é repassado ao Estado para o financiamento das políticas públicas e sociais. (BOSCHETTI E SALVADOR, 2009, p.69).

A repartição da mais valia é utilizada para manutenção da ordem vigente, ao mesmo tempo que fornece acesso aos direitos dos trabalhadores. Daí se origina a defesa intransigente da necessidade de oferta da saúde para a população de maneira pública, gratuita, universal e de qualidade. Quando falamos sobre precarização e mercantilização da saúde de forma crítica, é pela percepção de que a riqueza socialmente produzida pela sociedade capitalista é direito de usufruto também do trabalhador. E o reconhecimento de que é o trabalhador quem produz essa riqueza reforça a ideia de que a oferta de serviços públicos é seu direito.

Na perspectiva do trabalhador da saúde o método se aplica na compreensão de que o produto do trabalho em saúde é a própria saúde. Mais do que isso Ramos (2007, p. 54) afirma que o trabalho em saúde, quando dotado da perspectiva subjetiva, tem como objeto a

reprodução da vida humana. Sob a lógica do capital a saúde pública brasileira possui dois projetos em disputa: o privatista que, que se acentua principalmente a partir da década de 1990, mediado por políticas de cunho neoliberal, e o reformista que tem por base os princípios discutidos no movimento de reforma sanitária. (BRAVO E MATTOS, 2009, p. 211)

No projeto reformista, o objeto do trabalho em saúde é a vida humana. Isto é observado pelos princípios que regem o projeto: Universalidade, igualdade mediada pela equidade e a consideração dos determinantes sociais de saúde com vistas ao fortalecimento da integralidade. Um modelo de saúde que preconize a atenção integral de seus usuários tem como objeto a qualidade de vida dos usuários, portanto, no movimento dialético, considerando todos os aspectos que envolvem a vida do ser que está em atendimento, um problema de saúde respiratório por exemplo, pode estar ligado a moradia daquele usuário, às condições de saneamento e salubridade que não são, em primeira instância integrantes diretas da relação saúde x doença. É na relação com a determinação social do processo saúde doença, nas condições de vida e trabalho, que nos aproximamos da perspectiva da totalidade. Não apenas fatores que devem ser considerados, mas sim, parte do entendimento e da atuação em saúde (Santos et al, 2016).

Sabe-se que isto é fundamental para cuidar da pessoa, e não se restringir a tratar “a doença” ou seja, o trabalho em saúde, sob a perspectiva reformista, exige dos trabalhadores um movimento de compreensão da realidade apresentada a partir da consideração das diversas dimensões que envolvem aquela realidade. Nas palavras do método, o momento da “passagem” consiste na descoberta da doença, trata-se do primeiro momento em que ao detectar o problema, abstrai-o da realidade empírica para dar início a uma investigação que se habilita a descobrir a origem do problema, seus fatores determinantes e as possíveis soluções; no momento da interpretação dos contrários são reunidos os elementos encontrados na investigação para se obter uma percepção mais ampla da doença expressa, e, na negação da negação, é que, munido da percepção ampliada, se buscam os subsídios e recursos para a resolução da questão, entendendo a complexidade dos fatores inerentes àquele processo, busca-se a intersectorialidade para garantir o direito a saúde de maneira integral, tendo como resultado caminhar não apenas para a produção e reprodução da vida humana, mas para confirmar, por meio do cuidado em saúde a dignidade humana e o respeito a vida de cada pessoa, reconhecidos como direito.

No projeto privatista, pelo caráter coisificado, as ações são limitadas a resoluções momentâneas focadas apenas na relação saúde x doença, sem considerar os fatores externos que fazem parte do processo, tornando o tratamento paliativo e sem resultados de longo prazo, este modelo, é equiparado por Ramos (2007) ao modelo de produção que concebe a saúde como uma mercadoria, com o objetivo de obter lucros, demarcando metas e indicadores de qualidade no serviço pautado em dados quantitativos, com serviços de atendimento limitados e sem articulação de rede, focado apenas na expressão aparente.

É importante pontuar que a política de saúde, ainda que ministrada na perspectiva de produção da vida humana, possui, nesta sociedade um papel: A reprodução da classe trabalhadora, essencial para a produção de riquezas desse modelo. Trata-se, portanto, assim como em todas as políticas sociais, de uma ação com múltiplas questões e um duplo caráter, que por um lado produz a vida e ao mesmo tempo reproduz os recursos necessários para manutenção da ordem social vigente.

4. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: HISTÓRICO E CONCEITOS

4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS SOCIAIS

Partimos da concepção teórica de que os aspectos vivenciados na sociedade capitalista atual são frutos do modo de produção material deste modelo. Isto quer dizer que o modo de produção capitalista orienta a produção e a reprodução da sociedade fazendo com que uma parcela da população que a compõe enriqueça em detrimento do empobrecimento da outra parcela. Desta forma acreditamos no conceito de conflito de classe burguesa e classe proletária, sendo uma delas dominante (burguesa) e a outra dominada (trabalhadora). A este processo de pauperização de uma parcela da população e desigualdade social temos chamado de questão social, destacamos ainda que Iamamoto (2009, p. 22), afirma que “a ‘questão social’ é mais do que pobreza e desigualdade. Ela expressa a banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes.” Esta afirmativa resulta da discussão levantada pela autora ao dizer:

A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Suas expressões condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural – enraizada na produção social contraposta a apropriação privada do trabalho, a “questão social” atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania. (IANNI, 1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, políticos e sociais. Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, expressando consciência e luta que

acumulem forças para o reconhecimento das necessidades de cada um e de todos os indivíduos sociais.

Por isso é necessário pontuar que ao dizer que chamamos de questão social o resultado do processo de apropriação de parte do valor da força de trabalho gerado na produção de mercadorias pelo capitalista, resultando no empobrecimento da maior parte da população, não estamos reduzindo as expressões da questão social apenas a pobreza, mas as múltiplas causalidades que o modo de produção capitalista (que se tornou mais complexo na atualidade) resulta em diversas expressões da sociedade.

Seguindo a perspectiva de luta de classes, historicamente, e devido a intensas lutas e mobilização da classe trabalhadora, sobretudo após a segunda guerra mundial (1945), algumas medidas foram criadas para atenuar a desigualdade entre as classes, chamamos essas medidas de políticas sociais. Cabe destacar, porém que mantemos a posição que acredita que somente a superação do modo de produção desta sociedade poderia pôr fim a questão social já que ela é parte intrínseca do processo de acumulação de riquezas dentro do capitalismo.

Consideramos que as políticas sociais são as formas de garantir o acesso dos usuários (leia-se classe trabalhadora) aos seus direitos sociais. Desta forma temos como uma das bases deste trabalho o conceito de Cidadania Ampliada conforme os apontamentos realizados por Coutinho (2005) e Fleury & Ouverney (2013). Estes autores desenvolvem um movimento inicial baseado na produção de Marshal a respeito da construção dos direitos civis, políticos e sociais. Destacamos o que para este projeto considera-se o conceito de cidadania ampliada conforme a fala de Coutinho (2005, p.2) em que “Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados.” O autor traça a trajetória da obtenção de direitos mostrando que a conquista destes é um processo histórico e de lutas para o seu reconhecimento, legalização, normatização, implantação e, acrescento, permanência. Em sua fala é possível identificar que a implantação e execução do acesso aos direitos sociais se realizam pelas políticas sociais.

Fleury & Ouverney (2013, p.29) afirmam que:

A proteção social, como atividade coletiva e orientada para esses objetivos, desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou status de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nacionalmente.

A citação acima reforça a afirmativa de que, o conceito de cidadania expresso no alcance do usuário aos direitos civis, políticos e sociais, se dá através de um complexo de proteção social no qual se inserem as políticas sociais, sendo estas, portanto um campo necessário para o exercício da cidadania por parte do indivíduo.

Pensando desta forma entendemos então que as políticas sociais são fundamentais para garantir os direitos e a cidadania da população de um determinado território, mas, é também, no pensamento de Boschetti (2009), um conjunto de ações que possuem múltiplos condicionamentos: por um lado são conquistas dos trabalhadores, pois sua efetivação e reconhecimento são fruto de lutas por parte da classe que promovem garantias de melhores condições de vida e trabalho; por outro lado, no capitalismo, trata-se de formas de reprodução da massa de trabalhadores para o mercado capitalista e efetivas formas de conformar a mesma classe, mantendo assim a ordem vigente .

Assim, entendemos, com a mediação estabelecida pela leitura destes autores, que os obstáculos para a implementação plena de determinadas políticas, estão condicionados pelos conflitos de interesses que atravessam as políticas sociais. Se por um lado as políticas sociais preveem formas de atenção e cuidado da população orientadas por uma lógica universal, por outro lado, na lógica do capital, observamos o interesse em ocupar estes espaços como novas possibilidades de acumulação, e o conflito de interesses contido neste processo causa impactos diretos sobre a efetivação das políticas. No Brasil um polo desta tensão aponta para a saúde que é entendida neste trabalho como uma política social e é defendida a sua plena efetivação em caráter universal, gratuito e de qualidade. No âmbito da saúde, nosso recorte se concentra na atenção básica do município de Niterói com foco na inserção e trabalho do assistente social neste campo.

Este conceito é importante para o presente trabalho devido a centralidade da chamada questão social dentro da profissão de serviço social. Netto (2001, p.42) afirma que a expressão “questão social” surge para nomear o processo de pauperismo ocorrido na Europa no início do processo de industrialização, inicialmente utilizada por críticos filantropos e posteriormente agregada aos setores conservadores para nomear aquilo que no serviço social chamamos de questão social, na verdade expressões da questão social, isto porque a questão social de fato é o processo de acumulação presente na composição orgânica do capital, e os impactos que esse modo de produção gera na sociedade são as expressões da questão social. Portanto, o modo de

produção capitalista gera a desigualdade social, campo no qual se efetiva o trabalho do assistente social.

Para fins de melhor compreensão da importância das políticas sociais sobretudo da política de saúde pública no Brasil cabe apresentar alguns aspectos históricos que fundamentam as políticas de proteção social que reconhecemos como direito na atualidade.

Durante o período que se inicia após a segunda guerra mundial em 1945 os países centrais do capitalismo passaram por experiências que promoveram proteção aos trabalhadores e elevados índices de lucratividade principalmente para os países centrais do capitalismo. Este período ficou conhecido mundialmente com Welfare State e, apesar de diferenças entre os poucos países que vivenciaram plenamente este modelo, as características mais destacáveis são: produção em massa, consumo da massa e pleno emprego. As políticas de proteção social realizadas pelo Estado a partir de políticas públicas e sociais, garantiram os chamados ‘anos de ouro’ cuja produção de riquezas foi ampla para o capital. Porém ao final da década de 1970 foi possível observar nos países centrais o esgotamento deste modelo.

É no período dos anos de ouro do capitalismo que, nos países da economia central deste modelo, que foram consolidadas políticas sociais sob a perspectiva do direito, fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores - além do contexto de guerra fria que ameaçava o capitalismo com o ‘espectro do comunismo’.

No Brasil a experiência do Welfare State fora vivenciada de maneira reduzida. Para Pereira (2002, p.25): o que se vivenciou no país foi um “estado de bem-estar periférico”, dada a condição de país dependente, submisso as mudanças ocorridas no cenário internacional. As características deste modelo estão ligadas ao cenário político do país no período que compreende 1945 a 1975, entre 1945 e 1964 a autora destaca o desenvolvimentismo como política predominante no país, no campo das políticas sociais o foco era a seguridade, mediante prévia contribuição, caridade e filantropia para as camadas mais pobres, já no período de 1964 a 1975 o regime militar promove políticas de fortalecimento do mercado privado ao mesmo tempo que executa a política de repressão e assistência por parte do Estado, mas ainda excluindo as camadas mais empobrecidas.

Estes fatos, na saúde podem ser observados na lógica de atendimento sob prévia contribuição, e na década de 1980, devido ao esgotamento deste modelo, o que se pode observar na Constituição Federal de 1988 (CF. 1988) é a inserção de princípios e conceitos

que responsabilizam o Estado pela promoção de políticas públicas e sociais que atendam de maneira efetiva e universal a população brasileira, ou seja, no campo do reconhecimento legal os direitos sociais passam a ser universais e dever do Estado.

Outro importante marco teórico utilizado para a interpretação deste cenário é a resposta utilizada pelo capitalismo como estratégia de saída da crise na década de 1970: a implantação do neoliberalismo. Já não havia mais espaço para uma economia de pleno emprego e políticas sociais universais, por isso, o que se observou na década de 1970 foi o início de cortes de investimento nas políticas sociais, respaldadas na responsabilização da intervenção estatal pela crise. Para Harvey (2008) o neoliberalismo é um modelo econômico que defende a redução da intervenção do estado na regulação do mercado, nas políticas de proteção social e nas políticas sociais universais, sendo o mercado mais eficiente na resolução de problemas sociais. Desta forma, o que se observa no cenário global a partir da década de 1970 e no Brasil a partir da década de 1990 é uma série de medidas e estratégias para reduzir a atuação do Estado e ampliar a atuação do mercado na atenção às necessidades básicas de produção e reprodução dos trabalhadores. No Brasil, como já foi dito, as políticas neoliberais executadas na década de 1990 confrontavam diretamente os direitos adquiridos na Constituição Federal de 1988.

4.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

A busca pela compreensão da forma como o assistente social se insere no modelo particular de atenção primária à saúde do município de Niterói, torna necessário apresentar, como ponto de partida, um breve histórico da saúde pública e da profissão de serviço social no Brasil. Pauta-se como importante também, pontuar que interpretamos a saúde pública como uma política social que compõe o tripé da seguridade social brasileira, assim definida na Constituição Federal de 1988 devido a relevância e articulação das políticas de saúde, previdência e assistência social com o objetivo de garantir condições dignas de vida e trabalho para a população.

O arcabouço histórico da profissão de serviço social vem sendo debatida por vários profissionais do campo, entre eles destacam-se Iamamoto e Carvalho (2001), Netto (2005) e Bravo (2013). Para fins de atender a particularidade do trabalho atual, consideramos principalmente as produções de Bravo e Netto pelo entendimento de que tais autores inserem em suas produções as considerações de outros pesquisadores também inseridos na construção

da história da profissão, e a partir deles, desenvolver o breve histórico do serviço social na saúde a que nos propomos realizar.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2001) o serviço social é implantado oficialmente no Brasil na década de 1930 com o objetivo de responder as expressões da questão social, sob o comando da Igreja Católica. De viés conservador, foi inspirado no modelo de ação social executado pela igreja na Europa. Sua atividade preconizava a redução de tensões sociais por meio de ações de caridade voltadas para fração mais pauperizada da classe trabalhadora e em ações estatais. Havia ainda a luta contra o comunismo e o socialismo, embrionários no Brasil.

Outro fator apontado por Bravo (2013) e Iamamoto e Carvalho (2001) era a necessidade de aproximação da igreja com o Estado, os autores destacam que no período da república velha a igreja católica havia ficado de fora das ações estatais, e não queria, permanecer alheia às políticas do novo governo. Por isso foi firmado um acordo entre ambos e a igreja assumiu a educação e a assistência como foco de suas ações por isso os autores destacam que inicialmente o serviço social atuou junto a orfanatos, albergues, asilos, dispensatórios e, em São Paulo, na Secretaria de Promoção Social.

Em 1936 foi fundada a primeira escola de serviço social no Brasil, sob o comando da igreja católica em São Paulo, o perfil dos assistentes sociais no período eram mulheres de classe média, que tinham seu foco em atender os interesses das classes dominantes.

Na saúde, a inserção do serviço social se consolida na década de 1940. Bravo (2013) sinaliza duas escolas de aprendizagem em serviço social cuja origem fora articulada à questão da saúde, são elas: a Escola Técnica de Assistência Social - ETAS (atualmente vinculada a UERJ) e a Escola de Enfermagem Ana Nery (vinculada a UFRJ). A autora destaca ainda que a ETAS possuía relação estreita com a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal que orientou um tipo de formação que objetivava a higiene (higienização como proposta de controle de doenças) e a medicina social (atividades que contemplavam os fatores que supostamente contribuía ou afetavam o processo de cura do cliente. Era considerada a família do indivíduo, aspectos psicológicos e a sua história de vida). No aspecto formativo o diferencial destas escolas era o preparo para atuação diretamente na saúde, incluindo nas disciplinas formativas a de Serviço Social Médico, que ensinava sobre o trabalho do serviço social no campo da saúde.

A forma como o assistente social se insere na saúde no período anterior a 1964 tem a proposta de responder aos aspectos sociais dos serviços de saúde ministrados na época. Isso quer dizer que o assistente social exercia a função de conhecimento e acompanhamento dos aspectos sociais que envolviam o processo saúde / doença do cliente. Tratava-se assim, como em outros setores em que o assistente social atuava, de uma prática profissional que tinha por objetivo ajustar o indivíduo a uma condição de “normalidade”, em outras palavras tratava-se de uma prática pautada no ajuste do cliente ao perfil e condições impostas pela sociedade e pelo Estado, ou seja, promover os meios para que o indivíduo pudesse responder de maneira ajustada ao tratamento, e posteriormente, ser inserido no modelo de produção imposto pela sociedade (ajustar o indivíduo ao meio social), sob uma perspectiva de responsabilização individual dele, buscando subsídios para que ele pudesse se inserir nos padrões daquela sociedade, por isso pode se afirmar que “Os assistentes sociais atuaram nas sequelas das situações de saúde das classes trabalhadoras com a visão de mundo produzidas por frações das classes dominantes” (BRAVO, 2013, p. 157). Sobre a atuação do assistente social na saúde no período a autora afirma:

Ação dos assistentes sociais na área da saúde, chamada de serviço social médico, foi inicialmente ligada a Puericultura e a profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas pelos profissionais eram: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança. Nas campanhas sanitárias, o assistente social desenvolvia basicamente a função de educador sanitário (IAMAMOTO E CARVALHO, 1982, P.200 APUD BRAVO, 2013, P.156).

A prática profissional, portanto, constava de atividades de suporte ao médico, educação para os clientes e seus familiares sob perspectiva de prevenção, higienização e outras que permitiam, por exemplo, em visitas domiciliares, a aplicação de vacinas, injeção e lavagens estomacais (KRUSE, 1970 APUD BRAVO, 2013).

Durante os anos de 1945 a 1964, segundo Bravo (2013), devido as mudanças mundiais ligadas ao sistema capitalista que possibilitaram a ampliação dos direitos sociais da classe trabalhadora após 1945, o serviço social é marcado pela busca de aparatos que possibilitassem aumentar seus conhecimentos formativos para responder de maneira mais eficiente a questão social. Por isso a sua técnica de trabalho se aproxima do modelo de serviço social americano, sem modificar a ideologia que guiava a profissão (ajustamento do indivíduo), e portanto, há

uma ampliação da institucionalização do trabalho do assistente social junto ao Estado, destaca-se a inserção do assistente social no setor da saúde previdenciária, em que os profissionais participavam da “análise dos aspectos sociais e morais da enfermidade, readaptação à vida familiar e reintegração ao trabalho” (BRAVO, 2013, P. 159). Segundo Felipe (2018) a primeira regulamentação da profissão data de 1957 pela Lei 3252 / 1957 que foi revogada pela atual Lei 8662 de junho de 1993.

No que diz respeito ao processo de ampliação a autora aponta o I Congresso Panamericano de Serviço Social, realizado em 1945 em comemoração aos 20 anos da primeira escola de serviço social no Chile onde o congresso fora realizado. Esse evento possibilitou a aproximação entre assistentes sociais do continente, principalmente América Latina, e o desdobramento deste congresso deu origem a fundação da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) e a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), e o I Congresso Brasileiro de Serviço Social, em 1947, em que foi possível identificar a preocupação da categoria profissional em ampliar seus conhecimentos para atender as crescentes expressões da questão social oriundas dos processos de industrialização e aprofundamento da produção capitalista no país.

No campo específico da saúde este I Congresso apresentou o campo de ação profissional do Serviço Social Médico (forma como era chamado o conjunto de ações realizadas pelo serviço social na saúde, era constituído por atividades de puericultura, educação sanitária, provimentos de recursos para a família e para o paciente, lavagem estomacal e outras) em que constavam as seguintes questões:

Com relação ao serviço social médico, coloca a necessidade de integração do serviço social nas instituições médicas e do profissional não ser um funcionário polivalente, mas exercer suas funções específicas como: aplicação do serviço social de casos individuais, a definição de suas funções e a importância do profissional no tratamento da tuberculose, sífilis e doenças venéreas etc. (BRAVO, 2013, p. 161).

Desta forma é possível perceber que, embora tenha ocorrido uma ampliação dos saberes dentro do serviço social, esta ampliação não rompeu com o conservadorismo existente na profissão, mas adotou uma prática mais tecnicista pautada na fenomenologia (NETTO, 2005) por isso no período de 1945 a 1964 o serviço social brasileiro é marcado pelo fortalecimento de atividades mais técnicas como o *serviço social de caso* que tinha como orientação a prevenção dos problemas sociais, mantendo a perspectiva de responsabilização do indivíduo e a busca por ajustar o indivíduo à sociedade. Segundo Bravo (2013) na saúde o

destaque são algumas mudanças na formação como por exemplo a disciplina Serviço Social Médico que deixa de ser optativa e passa a ser obrigatória nos cursos de formação em 1959. A atuação do serviço social na saúde neste período se concentrou “nos hospitais de clínicas, dispensários de tuberculose, departamentos de saúde dos Estados, hospitais e clínicas particulares e na atuação médica da Previdência Social” (BRAVO, 2013, p.161).

O Segundo Congresso Brasileiro de Serviço Social, realizado em 1961, representa o crescimento da profissão e a busca por aprimoramento de técnicas para sua prática. Na saúde as produções que orientaram as discussões no congresso estavam ligadas a necessidade de uma atuação que considerasse os aspectos que envolviam o processo de adoecimento do indivíduo.

Questões como personalidade, trabalho e família eram considerados fatores importantes no processo de adoecimento e recuperação, cabendo ao assistente social intervir nestas questões para reinserir o ‘cliente’ a vida em sociedade (tratando-se da saúde previdenciária, essa reinserção se dá no campo produtivo). Entretanto Bravo (2013), sinaliza que alguns questionamentos quanto ao conservadorismo da profissão começam a aparecer dentro do serviço social ainda na década de 1950. A autora destaca que foi na década de 1960 que ocorreram movimentos universitários da igreja católica, influenciados pelo contexto nacional e internacional dos movimentos sociais (operário) e partidos políticos (Partido Comunista). Netto (2005) afirma que houve uma forte influência do comunismo na cultura e nas universidades, por isso, no movimento católico estudantil, muitos assumiram uma postura crítica e diversos assistentes sociais faziam parte destas organizações estudantis (Juventude Universitária Católica por exemplo), e por isso o marxismo começa a ser pensado entre estudantes, profissionais e professores.

Devemos reforçar que o cenário político brasileiro e internacional também apontava para um momento de disputa, principalmente considerando os acontecimentos da década, como por exemplo a revolução cubana de 1959 e o golpe militar de 1964 orientado pela doutrina de segurança nacional.

4.3 O MOVIMENTO DE RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Os questionamentos no interior da profissão de serviço social repercutiam sobre o cenário da época. Netto (2005) vai dizer que, embora politicamente a esquerda tenha sofrido uma derrota, os setores culturais e intelectuais haviam sido tomados pelos pensamentos de esquerda, mas com o golpe militar os questionamentos, no serviço social brasileiro ainda

iniciais, que caminhavam nessa direção foram sufocados. Em 1968 o regime militar realizou uma reforma universitária com a intenção de neutralizar os movimentos estudantis e o marxismo no campo intelectual.

Diferente do Movimento de Reconceituação do Serviço Social Latino-Americano que ocorreu nas décadas de 1950 e 1960, para o serviço social brasileiro, esta temática será retomada a partir da década de 1970 principalmente nas universidades e movimentos estudantis. Segundo Bravo (2009) o governo militar utilizou o binômio Repressão e Assistência para lidar com os conflitos de classe do período, e por isso o serviço social foi muito presente no trato das políticas sociais, sendo, neste período, o Estado seu maior empregador.

O movimento de renovação do serviço social não tinha, inicialmente, a intenção de ruptura expressa em seu atual código de ética, antes disso, sua proposta era atualizar a profissão para ser capaz de responder aos problemas gerados pelas transformações sociais no Brasil e no mundo. Por isso sua proposta era ampliar saberes e técnicas, pautados agora na centralidade do regime ditatorial, mas sem se desvencilhar da filantropia e caridade, que possibilitasse respostas as demandas sociais mais aparentes.

Desta forma Netto (2005) destaca que no movimento de renovação do serviço social brasileiro houve três perspectivas que orientaram o processo: a perspectiva *Modernizadora*, a perspectiva de *Reatualização do Conservadorismo* e a *Intensão de Ruptura*. Em conjunto, essas três perspectivas inauguram o pluralismo dentro da profissão.

A perspectiva *Modernizadora* propõe a ampliação de instrumentos, técnicas e práticas de trabalho em consonância com a permanência do conservadorismo existente na profissão; nessa linha, a proposta é ampliar as possibilidades de ajustar o indivíduo à sociedade, naturalizando os problemas produzidos pelo contexto desigual que caracteriza o desenvolvimento capitalista. Esta perspectiva aparece nos seminários de Araxá em 1967 e Teresópolis em 1970 (Netto, 2005).

A perspectiva de *Reatualização do Conservadorismo* se apresentava de maneira crítica tanto frente às intenções da vertente de ruptura quanto da vertente modernizadora. Suas assertivas propunham uma atuação mais focada na subjetividade, que considera o indivíduo o protagonista, sem abalar a concepção de ajuste do indivíduo à sociedade. Esta perspectiva aparece com mais intensidade nos seminários de Sumaré em 1978 e Alto da Boa Vista em 1984 (Netto, 2005).

A terceira perspectiva apresentada por Netto (2005) é a *Intenção de Ruptura*. Esta pautava-se no materialismo histórico-dialético e compreende que as demandas do cotidiano de trabalho do assistente social são expressões da forma de produção material desta sociedade. Para Abramides (2016) essa vertente colocava em questão o significado social da profissão e propunha-se a colocar em discussão “as contradições e antagonismos da sociedade capitalista de exploração da força de trabalho, na direção de uma nova sociabilidade humana” (ABRAMIDES, 2016 P. 460). Esta perspectiva é expressa no chamado método de Belo Horizonte, um método elaborado por professores da Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte que dialogava com o marxismo e a metodologia da dialética como teoria capaz de promover a compreensão da realidade pela sua essência em detrimento da aparência (NETTO 2005, ABRAMIDES 2016). Outro marco importante desta perspectiva é a obra *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil* de autoria de Yamamoto e Carvalho, publicada pela primeira vez em 1982. A direção política que orienta a atuação do assistente social se expressa no código de ética profissional de 1986 e se consolida no código de 1993 que é o atual código de ética da profissão com acréscimos das Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11 e da Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.

Bravo (2011), salienta que na atuação do assistente social na saúde prevaleceram as vertentes modernizadora e a de reatualização do conservadorismo, permanecendo, portanto, com algumas ressalvas, uma prática profissional de ajustamento. Entretanto a autora sinaliza que o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais contou com dois representantes do movimento sanitário que apresentaram questões importantes sobre o debate da saúde do período como por exemplo “foram levantadas a necessidade da rede básica de serviços, a municipalização, a hierarquização e as ações interinstitucionais” (BRAVO, 2011, P.141). Porém o debate foi superficial dada a baixa apropriação de conhecimentos e interação do assistente social com esse tema.

No campo da saúde comunitária a autora relata que o serviço social foi inexpressivo. Ainda assim existiram algumas experiências de profissionais que se inseriram no processo voltadas para a organização de atividades educativas e articuladoras, que embora limitadas, demonstraram a importância do assistente social. A autora ressalta que este seria um campo de amplas possibilidades de atuação para o assistente social, mas sua inserção foi pequena.

Sobre o movimento de reforma sanitária, Bravo (2011) afirma que o serviço social não participou das reivindicações e da organização da saúde, segundo ela, destacam-se como possíveis motivos: a disputa entre as perspectivas internas da profissão, o pouco tempo de

acúmulo teórico da perspectiva de intensão de ruptura que se desenvolve primeiramente no campo intelectual e universitário, mas tem pouca expressão na prática profissional, e a condição de subalternidade da profissão de serviço social em relação ao médico, além da questão de gênero, sendo os profissionais assistentes sociais majoritariamente mulheres.

O grande ganho para o serviço social foi o avanço para o fortalecimento da intenção de ruptura como direção hegemônica na atualidade da profissão e o ordenamento do Projeto Ético-Político do serviço social como norteador teórico do campo de atuação. O projeto Ético-Político é expresso no código de ética de 1993 no 8º princípio que preconiza a “Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1993, p.24). Cabe destacar que o 3º princípio também se coloca nessa direção quando defende a “garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993, p.23). E não apenas nestes princípios, mas em toda a definição que aponta um trabalho no campo do serviço social que se coloque em favor da classe trabalhadora, adotando, portanto, uma perspectiva de lutas de classes.

4.4 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É importante explicitar que o modelo de saúde brasileiro no período anterior a Constituição Federal de 1988 era, segundo Rizzoto (2014), centrado na assistência médica previdenciária e em serviços verticalmente organizados por patologia. Embora, desde os anos 1920 existissem serviços de saúde baseados nos modelos dos health centers e, nesse sentido, desenvolvessem ações de prevenção e educação em saúde, inclusive com visitas domiciliares (FONSECA ET. AL, 2013) eram experiências restritas a poucos lugares, em especial São Paulo e Rio de Janeiro. Olhando nacionalmente via-se uma divisão entre assistência hospitalar e saúde pública, com o objetivo principal de recuperar a capacidade produtiva dos trabalhadores urbanos assalariados da indústria brasileira (Rizzoto, 2014). A autora afirma que no período militar, além destas questões a saúde era centrada na cura e no atendimento hospitalar com instituições majoritariamente privadas conveniadas ao setor previdenciário, que ofereciam condições sanitárias mínimas para população não formalmente empregada. Destaca ainda, que o Estado neste período atuava, como ainda o faz, como financiador do setor privado de saúde. Dada estas circunstâncias é possível pensar que a atuação do assistente social, tanto no âmbito previdenciário como no âmbito comunitário se dava em consonância com o modelo de saúde vigente.

Por se tratar de um tema importante, cabe reforçar, seguindo as palavras de Baptista (2007), que o movimento de reforma sanitária no Brasil, iniciado nos anos de 1970, propunha basicamente os seguintes elementos: saúde como direito de todos preconizando que os serviços de saúde deveriam ser universais permitindo a todos o acesso; Um sistema único de saúde que integrasse as ações com o objetivo de atender as demandas da população nos âmbitos preventivo e curativo; descentralização administrativa e financeira das ações de saúde entre os entes federativos; e a participação e controle social da sociedade nas ações de saúde. Estas propostas se solidificam na VIII conferência de saúde realizada em 1986 na qual se destaca a responsabilização do Estado na oferta dos serviços de saúde. Este movimento, juntamente com outros setores da população, culminou na formulação da Constituição Federal de 1988 o reconhecimento dos direitos sociais sob o tripé Saúde, Assistência e Previdência como deveres de garantia por parte do Estado e na implantação do SUS na década de 1990.

Neste cenário adentramos a década de 1990 no Brasil com um dilema: uma Constituição Federal que reconhece e preconiza a universalidade dos direitos sociais e, a implantação do neoliberalismo como receita para a saída de uma crise internacional. Segundo Bravo (2009) este período passou por um intenso processo midiático que forneceu ao Estado o respaldo na utilização do conceito de “Reforma do Estado” que, para a autora, tratou-se de uma contrarreforma devido ao caráter de desmonte das conquistas obtidas pelos trabalhadores na CF de 1988. No Brasil, a implantação de políticas de cunho neoliberal, teve como vertente o processo de privatização de empresas públicas, a criação de emendas constitucionais, legislações de limitação de gastos, limitação de financiamento em políticas sociais, transferência de responsabilidades e atividades com a ampliação e fortalecimento dos processos de terceirização, ONGs, trabalhos voluntário, alteração na regulação do trabalho e proteção dos trabalhadores – como a reforma da previdência por exemplo. E é nesse contexto que se dá a implantação do SUS em 1990.

Mesmo neste cenário político econômico, restritivo e contrário a expansão da ação do Estado nas políticas públicas, o SUS é aprovado e tem início sua regulamentação nas leis 8.080 / 1990 e 8.142 / 1990. A sua implantação segue o caráter universal e atualmente apresentam em seus princípios e diretrizes os conceitos de:

- Universalidade, significa que a atenção é gratuita, para todos, e dever do Estado;
- Integralidade, que significa “compreender sua operacionalização [do SUS] a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos

processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (Pinheiro, 2009)

- Participação da comunidade, refere-se ao caráter participativo e a própria descrição já informa, participam nas definições desta política os atendidos pela mesma, com objetivo de potencializar sua eficácia principalmente através das conferências de saúde onde são definidos os pontos de interesse dos usuários a serem levados para os gestores do SUS;
- Descentralização, retrata a gestão descentralizada envolvendo União, Estados, Municípios e Distrito Federal, que no desempenho de funções específicas a cada esfera trabalham para o funcionamento da política;
- Regionalização faz referência as particularidades de cada região entendendo que as necessidades são diferentes e por isso demandam medidas diferentes; e
- Hierarquização, dispõe a respeito da movimentação dentro do sistema de proteção, ou seja, inicia-se pela base que é o atendimento primário e de acordo com a complexidade da situação o usuário “sobe” por dentro do sistema.

A década de 1990 demarca de maneira crucial o movimento sanitarista e o movimento de renovação do serviço social brasileiro. Na saúde as lutas por serviços públicos universais e de qualidade eram opostas ao projeto neoliberal em curso desde os anos 1980 e ainda mais enfaticamente a partir dos anos 1990. No que tange ao serviço social seu movimento de defesa pela ampliação de direitos sociais, se contrapunha as propostas em ascensão a partir deste período. O Estado neste momento está atendendo as orientações dos organismos internacionais na implantação de políticas públicas, inclusive na saúde, que Bravo e Matos (2009) vão chamar de projeto privatista.

Como é típico das políticas neoliberais entraram em pauta ajustes fiscais com contenção dos gastos públicos e, superexploração do trabalho; racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO E MATOS, 2009 p.205 e 206). Os autores colocam então que o período possui dois projetos em disputa: o privatista e o de reforma sanitária. Na saúde a autora afirma que tais projetos requerem diferentes posturas de atuação do assistente social. São elas:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de

aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe às seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos Serviços de Saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo à participação Cidadã. (BRAVO E MATOS, 2009, P.206)

É importante que o assistente social que atua no SUS, tenha clareza de que existem essas disputas, mas que a inserção no SUS nos obriga ética e politicamente a exercer uma atuação pautada pelo projeto da reforma sanitária. É um dos desafios, cada vez mais presente no cotidiano, diante dos quais o assistente social se depara em sua atuação na saúde.

4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – REVISITANDO ASPECTOS HISTÓRICOS E QUESTÕES ATUAIS

No Brasil e internacionalmente a Conferência de Alma-Ata é reconhecida como um marco mundial para as definições a respeito da atenção primária em saúde. Segundo Giovanella e Mendonça (2013), a *Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde* realizada em Alma-Ata (cidade do Cazaquistão que pertencia a união soviética no período) em 1978, era a resposta aos questionamentos recorrentes na década de 1970 aos modelos de atenção em saúde realizados pelo mundo. As autoras afirmam que existiam três principais críticas aos modelos existentes, a primeira se dá a verticalização e restrição dos serviços, a segunda está ligada ao modelo biomédico de atenção à saúde e a terceira, resumidamente, “criticava-se a especialização progressiva e o elitismo médico” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2013, P. 577). Estas críticas vinham acompanhadas por propostas de novas estratégias para a atenção primária em saúde. De acordo com as autoras, modelos de saúde como o Chinês e o Missionário Cristão, tiveram papel diferenciado nas discussões a respeito da ampliação da APS. Junto às críticas apresentadas anteriormente, a crítica ao verticalismo propunha ações conjuntas e a descentralização, a crítica ao modelo biomédico de saúde propunha a consideração de elementos que envolvem o processo de adoecimento, como aspectos sociais e políticos, propondo também ações preventivas e educativas, a crítica ao elitismo e a especialização progressiva propunha uma abordagem que considerasse a “articulação de práticas populares e a democratização do conhecimento médico” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2013, P.577). Em resposta a estes questionamentos e propostas é que a Organização Mundial de Saúde realiza em 1978 a conferência de Alma-Ata que “afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus

povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2013, p.578).

Fonseca et al (2013) destacam que um ano após a conferência de Alma-Ata aconteceu o seminário de Bellagio, na Itália. Organizado pela fundação Rockefeller e com a presença do presidente do Banco Mundial, foram tecidas críticas ao modelo abrangente definido na carta Alma-Ata, e proposta um outro enfoque, conhecido como atenção primária seletiva. A ideia era ofertar um pacote básico de serviços de saúde voltados principalmente para a imunização, atenção infantil para redução de mortalidade e o planejamento familiar, além de algumas práticas educativas como a alfabetização feminina como forma de prevenção de algumas doenças. Esse modelo de atenção primária seletiva é o que foi implantado no Brasil na década de 1990, com o incentivo auxílio do Banco Mundial, contribuindo para que esse modelo fosse disseminado nos países em desenvolvimento, inclusive os da América Latina. Ainda assim, essa implantação no Brasil se dá de maneira diferenciada devido a independência dos municípios na implantação dos serviços de atenção primária. É nessa perspectiva que ganha destaque a política de atenção primária em saúde do município de Niterói.

4.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM NITERÓI

A produção acadêmica que recompõe a história da APS em Niterói é limitada. As informações aqui recuperadas estão fortemente apoiadas em publicações de quatro autores. A dissertação de Camille Sousa (2015), intitulada A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000, defendida na Escola Nacional de Saúde Pública / Ensp – Fiocruz, está bastante presente em nosso texto. As outras referências são a tese de doutorado de Monica Mascarenhas (2003) defendida também na ENSP/Fiocruz; dissertação de Deyvyd Andrade (2015) defendida na Faculdade de Enfermagem da UERJ e o artigo de Hubner et al (2007).

De acordo com Mascarenhas (2003) e Sousa (2015) a política de atenção primária de saúde de Niterói se estabeleceu de modo diferenciado devido, inicialmente, a postura do prefeito em mandato, Jorge Roberto Silveira. Na época, para definir o modelo de APS, Jorge Silveira visitou, juntamente com o seu secretário de saúde, Cuba, e com o aval da equipe de saúde de Niterói estabeleceu uma parceria com esse país para a implantação do Programa

Médico de Família (PMF). Sousa (2015) também relata que uma equipe de profissionais foi enviada para Cuba para receber treinamento e, ao retornar ao Brasil, atuar no PMF.

Apesar da parceria, o modelo de saúde de Niterói possui diferenças em relação ao modelo cubano, como por exemplo a composição das equipes de saúde pois, enquanto a equipe cubana é composta por um médico e um enfermeiro (DAL PRÁ, et al, p. 97), as equipes de Niterói eram compostas por um médico e um técnico de enfermagem. Segundo a autora “a proposta do PMF foi estruturada nos princípios de Vigilância em Saúde: território, vínculo usuário-profissional e intersetorialidade” (SOUSA, 2015, P. 93).

Sousa (2015) destaca que alguns fatores contribuíram para o estabelecimento do PMF, dentre eles: a experiência anterior do Projeto Niterói, cujas práticas foram herdadas pelo PMF. De acordo com Sousa (2015, p.73), o Projeto Niterói foi uma política que tinha por objetivo implantar as Ações Integradas de Saúde entre as diferentes instituições de saúde existentes no município sendo elas instituições federais, estaduais e municipais. A autora coloca que tais ações surgiram do interesse de “aproximar o conhecimento teórico transmitido na academia à realidade vivenciada nas unidades de saúde”, esse interesse “contribuiu para a formação de um grupo interinstitucional (UFF, INAMPS, SES e SMS), organizado em uma comissão executiva local que planejou um modelo de ações integradas pelas diferentes instituições públicas de saúde” que na região foi denominado Projeto Niterói. Ainda de acordo com a autora o projeto Niterói “vigorou de 1982 a 1989” (Souza, 2015, p. 74) e:

O objetivo de tal projeto era integrar, regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde, com base no setor público, e aumentar a eficiência e eficácia das ações de saúde. Assim, utilizaram-se as seguintes estratégias: estabelecimento de porta de entrada do sistema de saúde, definição de um sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de complexidade da atenção e participação da comunidade mediante reuniões, seminários e outras maneiras. (SOUSA, 2015, p. 74)

Sobre o PMF a autora destaca que alguns fatores contribuíram para a implantação do programa como por exemplo o cenário político do Rio de Janeiro e a questão partidária, já que Brizola, governador do Estado e Jorge, prefeito de Niterói eram do mesmo partido político (SOUSA, 2015, p.90); a necessidade de limitação de custos dado o processo de municipalização de hospitais federais e estaduais, a tentativa de integrar os serviços de saúde e a necessidade de delimitação do território, com objetivo de organizar a rede de serviços voltados para a população de Niterói. Havia uma grande procura de usuários moradores de outros municípios, principalmente São Gonçalo e Itaboraí que chegava a ser superior a 60%.

Outro aspecto importante diz respeito participação das comunidades na construção do PMF. De acordo com Sousa (2015), o município precisou recorrer às associações de moradores em virtude da limitação de contratação dada pela lei nº 8.112/90, que definia que o município só poderia ter um regime de contratação. Niterói era estatutário e por isso as contratações se davam pelas associações de moradores em regime CLT. Ainda de acordo com a autora “O processo de trabalho no PMF foi baseado num modelo de assistência com uma relação muito próxima dos usuários e profissionais, visando propiciar melhor acesso aos serviços e relações mais efetivas no cuidado, e a definição de metas de controle de agravos à saúde” (SOUSA, 2015, p.94). Outro aspecto importante era intersectorialidade, tida como uma importante ferramenta, pois o contato com a população permitia o conhecimento de suas demandas e necessidades, como por exemplo, o saneamento básico.

A equipe era composta de um médico generalista e um técnico de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, sendo 20 horas para atividades em consultório, 16 horas para atividades de campo que constituía em visitas no território delimitado, e 4 horas de educação continuada que ocorria na secretaria municipal de saúde. Além disso, a equipe também fazia reuniões internas, apenas entre si, para discutir os casos e reuniões externas, junto à população para identificar as suas principais demandas. Essa equipe é respaldada por uma equipe de supervisão composta “por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitarista” (SOUSA, 2015, p.94). Tal equipe de suporte atuava no acompanhamento do processo de assistência a população, monitoramento e avaliação da equipe de base; realizava atendimentos que demandavam especialidades e contribuía na educação permanente dos profissionais.

Embora apresentando bons resultados, a autora destaca que com a implantação do Programa Saúde da Família em nível nacional em 1994, o PMF de Niterói deixou de receber financiamento federal devido ao seu não reconhecimento como um modelo de saúde da família. O principal argumento era a ausência do agente comunitário de saúde na equipe de base. Em contrapartida o município defendia que a presença do técnico de enfermagem junto ao médico era uma herança do Projeto Niterói, que oferecia maior identificação da população com as ações de saúde e que os técnicos eram selecionados no território em que o PMF funcionava, sendo estes inclusive escolhidos pela própria população local. Nesta perspectiva a autora relata que o Programa Médico de Família só recebeu o reconhecimento nacional de pertencimento ao modelo de Programa Saúde da Família em 1999 devido a Portaria nº

1.348/99 do então ministro da saúde José Serra. A autora afirma que o PMF tem início em 1992 com 3 módulos.

A partir de 1999, dado o reconhecimento do programa como PSF, o município de Niterói inicia algumas mudanças como forma de ajuste ao modelo nacional. Essas mudanças se deram principalmente na proposta de expansão dos módulos do médico de família e da criação de um polo intitulado de Polo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro, em parceria com universidades, a secretaria do Estado e a Fundação Municipal de Saúde. A proposta deste polo era a formação continuada dos profissionais atuantes na APS.

Desde a sua implantação em 1992 o PMF se expandiu ao longo dos anos chegando a 31 módulos contando com 94 equipes atendendo um total de 24% da população do município em 2005. De acordo com Andrade (2015, p. 59), em 2014 o município contava com “40 módulos atendendo um total de 74% da população”. Na atualidade possui, de acordo com dados disponibilizados pela Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (2021) e da versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói (2022 – 2025), 43 Módulos, com duas estimativas de cobertura: a primeira relativa à população das áreas de vulnerabilidade dos PMFs, para eles, de acordo com a Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (2021), a cobertura chega a 90%, porém, quando comparado ao total populacional do município essa cobertura cai para 45%. Este crescimento (a expansão dos módulos) se deu devido a três fatores: “estímulos aos Polos de Capacitação, PROESF e incentivos do governo federal aos municípios que apresentaram melhoria nos indicadores da atenção primária” (SOUSA, 2015, p. 102). O Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família – PROESF foi “uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País” (BRASIL, 2003, p.3), iniciado em 2002, tinha como objetivos a expansão da Atenção Primária em Saúde com a adoção do Modelo de Estratégia Saúde da Família, portanto, desenvolveu políticas de financiamento e repasse de verbas fundo a fundo para a promoção da expansão da saúde da Família nos município elegíveis (que tivessem mais de 100 mil habitantes). Em decorrência dos recursos trazidos via PROESF, o município passou a investir em obras para a expansão dos PMFs, oferta de atendimento odontológico nos módulos e adequação das unidades básicas de saúde aos PMFs. Além disso, a autora destaca o papel das policlínicas regionais, que não apenas ofereciam suporte aos PMFs e UBS, mas também realizavam funções desempenhadas pelos PMFs e UBS atendendo diretamente a população. Assim funcionavam também como porta de entrada para os serviços de saúde.

Frente aos objetivos do presente trabalho, cabe afirmar que as policlínicas regionais possuem em seu quadro profissional assistentes sociais.

A partir de 2006, como já dito anteriormente é possível observar um maior acirramento do esforço do município em se adequar ao modelo nacional de Estratégia Saúde da família, segundo Andrade, (2015, p. 58) em meados de 2011 foram implementadas mudanças na estrutura das equipes do PMF sendo inseridos um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde por equipe. A autora explica que a expansão dos PMFs e a ampliação do contingente de população atendida por uma mesma equipe intensificam o trabalho dos profissionais e reduzem o tempo dedicado às reuniões e encontros que compunham a educação permanente e relação com a população existentes no modelo anterior, chamamos atenção também para o fato de Niterói contar atualmente com 43⁶ módulos do programa médico de família, quatro unidades básicas de saúde, sete policlínicas regionais e duas policlínicas de especialidades.

Sobre o regime de contratação, que vinha sendo feito pela associação de moradores em parceria com a prefeitura, o tribunal de contas do RJ declarou a transação ilegal, e o município buscando alternativas para manter o formato, aprovou em 2019 a Fundação Estatal de Saúde (Fesaúde), que é uma instituição pública de direito privado, e foi inspirada no modelo de fundação estatal da Bahia. De acordo com informações coletadas do site da instituição, a Fesaude foi aprovada pela publicação da Lei Municipal nº 3.133, de 13.04.2015, que deu origem ao processo que levou a sua efetiva criação, em 2019, a partir do Decreto Municipal nº 13.323/2019. É “integrante da Administração Indireta da Prefeitura de Niterói, e ligada à Secretaria Municipal de Saúde” (NITERÓI, 2020, s/p.), sendo apresentada como “uma entidade pública, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado.” Sobre a finalidade da fundação o site apresenta a seguinte proposta:

Dessa forma, a principal finalidade da FeSaúde é desenvolver, no âmbito do SUS, ações e serviços de atenção à saúde, em consonância com as diretrizes e políticas públicas de saúde da Prefeitura de Niterói, do Estado do Rio de Janeiro e da União, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa. Nesse primeiro momento, a fundação atuará na Atenção Básica, por meio do Programa Médico de Família e da Saúde Mental.

A fundação também deve dar suporte à execução de planos estratégicos de ação desenvolvidos no âmbito do SUS e prestar serviços de apoio ao processo

⁶ Dado atualizado pela versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025)

de gestão da rede municipal de saúde, com especial atenção à humanização no atendimento. (NITERÓI, 2020, s/p)

Ainda de acordo com o site da Fundação, já existe um contrato de gestão vigente: “nº 01/2020, firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói” (NITERÓI, 2020, s/p). E indicam que as unidades de saúde da APS e da Atenção Psicossocial passarão a ser geridas por eles “após a transição do quadro de profissionais” (NITERÓI, 2020, s/p), que atuam nessas unidades de saúde através de “contratos temporários de trabalho, para o quadro de empregados públicos concursados” (NITERÓI, 2020, s/p). O site ainda aponta a criação pela Fundação de um Programa de Ensino e Produção de Conhecimento em Saúde tendo como critérios norteadores:

- Universalização do acesso aos serviços de saúde;
- Integralidade das ações de saúde;
- Inter-relação entre ensino, produção de conhecimento, serviços, profissionais de saúde, comunidade e áreas afins;
- Resolutividade das ações de saúde;
- Compromisso social com resultados positivos na mudança do estado de saúde da população. (NITERÓI, 2020, s/p)

Além dos critérios acima listados a Fundação reforça o alinhamento do programa com a educação permanente em saúde e produção do conhecimento, porém não aprofunda a descrição do programa.

Há um processo seletivo público aberto desde 2020 realizado pela banca COSEAC para a ocupação de cargos na Fesaúde. Em relação as vagas para assistentes sociais estão previstas nove vagas (uma para consultório na rua; três para NASF e cinco para saúde mental). As provas foram adiadas devido a pandemia do COVID-19-19. Porém, este ano, o edital abriu novas inscrições para cargos de ações afirmativas e as provas estão previstas para novembro de 2021.

4.6.1 A Atualidade da Atenção Primária A Saúde de Niterói

Em 2017 foi lançado o plano municipal da Fundação Municipal de Saúde de Niterói da gestão de 2018 – 2021. O plano traz algumas informações importantes para entender o funcionamento da APS no município. Um dos pontos importantes é o aspecto demográfico. O texto aponta que em 2017 o havia um total populacional de 497.883 habitantes, destes, 198.957 pessoas possuíam cadastro no programa, o que corresponde, de acordo com o texto, a 40% da população total. O texto ainda aponta que o foco prioritário são pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social e ambiental do município.

Sobre as equipes o documento aponta que o programa médico de família possui “41⁷ unidades, 101 equipes de saúde da família, 17 equipes de saúde bucal. Há necessidade de expansão para 21 equipes de saúde bucal.” (NITERÓI, 2017, p.43). No que tange a composição das equipes o documento aponta a inserção dos agentes comunitários de saúde e de enfermeiros nas equipes básicas em um período recente que, segundo informações apontadas por Sousa (2015), foi no ano de 2011. O plano apresenta também a estrutura da atenção básica de Niterói:

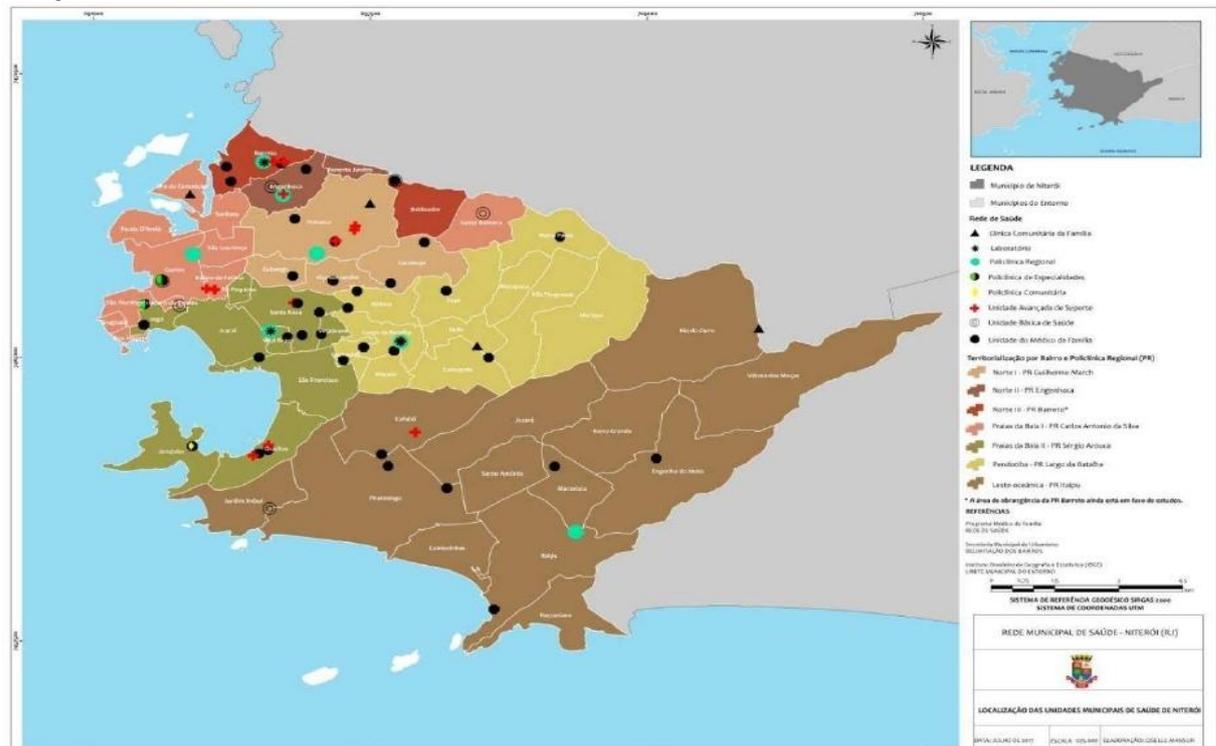
A Rede de Atenção Básica à Saúde de Niterói está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída por: Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas Regionais e as Policlínicas de Especialidades. A saber:

- 07 policlínicas regionais;
- 02 policlínicas de especialidades;
- 05 unidades básicas de saúde;
- 40 unidades de Saúde da Família;
- 01 equipe móvel de Consultório na Rua. (NITERÓI, 2017, p. 40)

Além disso apresenta também um mapa que demonstra a posição das unidades de acordo com a divisão regional do território:

⁷ O documento apresenta uma divergência quanto a quantidade de módulos do médico de família, indicando 40 módulos na página 40 do texto e 41 módulos na página 43. A análise feita no ano de 2020 apontava para 41 módulos de acordo com informações do site da prefeitura, porém a informação atualizada no plano com vigência para os anos de 2022 – 2025 é de 43 módulos em 2021.

Figura 1: Mapa da Constituição da Rede Básica de Saúde do Município de Niterói Regionais de Planejamento:



Fonte: Plano Municipal De Saúde 2018 – 2021

O documento informa que o território é dividido em sete regiões. Cada região possui uma policlínica de referência que dá suporte aos módulos e atende também os usuários que não possuem um módulo de referência, exercendo por isso a função também de atenção primária.

O documento sinaliza que em Niterói, o apoio às equipes de base se dá a partir de “Grupos Básicos de Trabalho (GBT) compostos por um coordenador e uma equipe de supervisão responsáveis por um território definido onde estão instalados os módulos” (NITERÓI, 2017, p. 43), estes grupos, de acordo com o texto, são vinculados as policlínicas regionais devido ao princípio da regionalização. O texto relata a instituição de cinco unidades do Núcleo de Apoio a Saúde da Família que irá incorporar a supervisão⁸ e inserir outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Outro aspecto importante é a setorização dos Módulos do Médico de Família – MMF, o texto afirma que os módulos possuem em sua composição a divisão por áreas que são chamadas de setores, cada setor é composto por duas mil pessoas e cada módulo terá os

⁸ Destacamos que a supervisão dos módulos ainda existe em 2021 no município, estimamos que estas equipes serão incorporadas pelo NASF após o concurso que está em andamento para a Fundação Estatal de saúde.

setores necessários para atender aquela população. Desta forma o planejamento de um módulo se constitui em um mapeamento do território, que define as microáreas que são os setores e a partir desta definição é que se iniciam os cadastros das famílias ou indivíduos para o atendimento.

Cabe destaque também a forma como o plano define a APS, colocando-a como porta principal de entrada nos serviços de saúde do município e sinalizando o papel de “ordenador das ações de saúde no sentido da assistência integral, conforme os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS” (NITERÓI, 2017, p. 43).

Quanto ao consultório de Rua, em 2017 Niterói contava com apenas um que foi implantado em janeiro de 2014. Sendo componente da APS e da rede de atenção psicossocial do município, possuía, em 2017, um público de 630 pessoas cadastradas. A equipe é composta “por um médico, um psicólogo, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um assistente social, três redutoras de danos e um agente social” (NITERÓI, 2017, p. 44). O trabalho é realizado de maneira itinerante e em um consultório fixo localizado na policlínica do centro da cidade, atendendo em horários estendidos e no turno da noite. A equipe dispõe de um carro adaptado para a realização dos atendimentos.

Sobre a educação permanente, o documento indica as ações do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa – NEPP, sobre o qual o texto apresenta as seguintes definições:

O NEPP é responsável pela organização de atividades de educação continuada para a rede de saúde, pela distribuição dos estágios nas unidades de saúde da família, pela avaliação, orientação e acompanhamento dos projetos de pesquisa, pela organização, seleção de treinandos, formação das turmas, suporte, registro, controle e avaliação de todas as reuniões e atividades de capacitação que são executadas no setor. (NITERÓI, 2017, p. 46)

Destacamos que apesar da responsabilização principal ser deste núcleo, o processo encaminhado para a obtenção da autorização da realização da presente pesquisa, perpassou por outros setores da gestão de saúde do município.

O Documento aponta ainda que Niterói participou do programa mais médicos, tendo como principais ganhos para a APS “a redução expressiva de vagas ociosas, mesmo nas localidades de maior vulnerabilidade social e exposição à violência armada” (NITERÓI, 2017, p. 51 e 52). Além disso o parágrafo em questão também sinaliza “um incremento na qualificação do corpo técnico de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade” (NITERÓI, 2017, p. 52).

No que tange aos objetivos e metas do plano para o período vigente (2018-2021) o documento apresenta algumas propostas para a APS do município, das quais cabe destacar:

- Garantir a cobertura de 75% da atenção básica;
- Alcançar a cobertura de 100% do PMF nas áreas de maior vulnerabilidade;
- Implantar cinco NASFs;
- Fortalecer a estratégia de implementação de 2 consultórios na rua para atendimento à população em situação de rua;
- Ampliar a cobertura de Saúde Bucal em 21 unidades no Programa Médico de Família;
- Implantar Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em 10 Unidades de Saúde do Município de Niterói
- Implementar 19 modalidades de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em 10 Unidades de Saúde do Município de Niterói;
- Implantar e implementar em 54 unidades de Atenção Básica ações de atenção integral a saúde do homem na faixa etária de 20 a 59 anos.
- Implantar uma Fundação Estatal;
- Realizar 8 ações por ano de Qualificação continuada das equipes de saúde, assistência social e educação sobre programas sociais, intersetoriais. (NITERÓI, 2017, pgs. 260, 261, 268 e 272)

Em março de 2021 foi lançada a versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói para os anos 2022 – 2025⁹. A primeira diferença deste plano para o anterior está na palavra “participativo”, presente no título. De acordo com a apresentação do texto, o formato do plano é uma resposta ao que ficou decidido na 8ª conferência municipal de saúde de Niterói realizada em 2019 na gestão do então prefeito Rodrigo Neves. O atual prefeito, Alex Graef, foi aliado de Rodrigo, que o indicou para sua sucessão na prefeitura. Por isso, coube a atual gestão acatar as direções apontadas. O documento ainda destaca que o plano anteriormente elaborado também teve influência popular a partir da pesquisa intitulada Niterói Que Queremos, que ouviu diversos setores da população a respeito de vários temas ligados às políticas públicas do município. A versão preliminar do plano se apresenta de maneira mais enxuta que o plano anterior, porém as propostas para o plano são apresentadas em um caderno a parte, o que justifica sua redução. Ademais enquanto no plano anterior havia um tópico específico para a atenção primária em saúde, o documento atual apresenta a saúde do município como um todo, citando, porém, alguns aspectos da APS.

⁹ Utilizamos a versão preliminar, pois não encontramos a versão final do plano, estando apenas esta versão disponível no site da prefeitura. Outros documentos disponíveis são o caderno de propostas do plano, a Contribuição Crítica e Propostas ao Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói – ASPMSN, um relatório técnico hospitalar e o Programa de Integridade da Fundação Municipal de Saúde.

Cabe destacar algumas alterações sinalizadas no plano em relação aos dados anteriores da estrutura e composição da APS do município. A primeira delas se dá na quantidade de instituições de saúde: enquanto em 2017 havia 41 módulos do médico de família, o plano atual aponta a existência de 43 módulos, já as UBS tiveram uma redução de cinco para quatro, as policlínicas se mantêm em sete regionais e duas de especialidades. No que diz respeito as equipes dos módulos o texto não informa o quantitativo atual, porém, a carteira de serviços do programa médico de família (2021), indica a existência de 104 equipes de saúde da família o que indica um aumento de três equipes em relação a 2017. Nas equipes de saúde bucal houve um aumento de 17 em 2017 para 27 em 2021, entretanto a carteira de serviços do PMF indica que são 28 equipes de saúde bucal em 2021. Houve também um aumento de consultórios de rua de um em 2017, para dois em 2021. O texto ainda indica a presença de cinco “equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família/Atenção Básica (NASF-AB)” (NITERÓI, 2021, p.11), e não cita os Grupos Básicos de Trabalho, o que leva a crer que as equipes de supervisão estão atualmente no NASF-AB¹⁰.

Sobre a estrutura da saúde do município, o texto traz um parágrafo bastante rico em informações a respeito da organização da saúde:

A administração central da Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde (SMS/FMS) é composta pelo Secretário de Saúde, que também é o presidente da FMS, e por subsecretarias, assessorias, coordenações, departamentos e diversos outros setores que gerenciam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal. A FMS descentraliza a gestão da RAS em duas Vice-Presidências, a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE). O sistema ainda é composto pela Central de Regulação (CREG) e pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde) (NITERÓI, 2021, p. 9)

Damos destaque a RAS que se coloca como a rede que objetiva a integralidade do cuidado, e é caracterizada pelo estabelecimento de relações de forma horizontal entre a APS e com os outros pontos de atenção. Neste parágrafo o texto ainda destaca o papel de porta de entrada e coordenação do cuidado da APS (NITERÓI, 2021, p.9)

Abrimos um parêntese para citar que a atual vice-presidente da VIPACAF é a assistente social Maria Célia Vasconcellos, que foi secretária municipal de saúde durante o período de 2017 a 2020, na gestão do ex-prefeito Rodrigo Neves. A versão preliminar do

¹⁰ Essa percepção parte da indicação no plano 2018-2021 que as equipes dos GBTs seriam incorporadas pelo NASF. (Niterói, 2017, p. 49).

Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói para os anos 2022 – 2025, aponta a VIPACAF como atual responsável pelo “Programa Médico de Família, as Unidades Básicas de Saúde, o Centro de Especialidades Odontológicas, as Policlínicas Regionais e as Policlínicas de Especialidades” (NITERÓI, 2021, p. 10), enquanto “a Rede de Atenção Psicossocial está em processo de transição administrativa - antes administrada pela VIPACAF, passa, a partir de março de 2021, a ser gerida pela FeSaúde” (p.11).

Sobre a metodologia de construção do plano o texto utiliza as considerações de Sousa (2015) para a contextualização histórica da saúde em Niterói, texto que também utilizamos para a construção do trabalho atual. O texto descreve o período de 12 de março a 9 de abril de 2021 como tempo de construção do plano, e aponta, no quadro de ações, as seguintes modalidades: Encontro com Trabalhadoras/es e Usuárias(os) do SUS, Encontros Temáticos, Webinários sobre Gestão Pública em Saúde e Consulta Pública Digital. O documento ainda disponibiliza o link do canal na plataforma de vídeos Youtube, que contém a gravação de todos os eventos transmitidos pela modalidade online.

Na consulta pública digital, os participantes escolhiam as opções por ordem de prioridades em cada eixo temático. Sobre a APS, apontaremos algumas propostas, a porcentagem e a sua posição na ordem de prioridades:

No eixo promoção da saúde a proposta “Reestruturar, qualificar e aumentar a cobertura assistencial dos PMFs e UBS para 100% do território municipal” alcançou 65% de votos ficando em primeiro lugar na ordem de prioridades; no eixo de prevenção de doenças a proposta: “Reorganizar os serviços e setores de monitoramento epidemiológico, para qualificar o acompanhamento de doenças, nascimentos, mortes, meio ambiente, etc” ocupou também o primeiro lugar na ordem de prioridades ficando com 56,3% dos votos; No eixo de assistência a saúde cabe destaque a proposta de “Abrir novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com atendimento noturno” que ficou em 8º lugar com 39,6% dos votos e “Implantar novas residências médicas e multiprofissionais para ampliar a formação de profissionais de saúde” que ficou em 10º lugar com 31,9% dos votos; no eixo reabilitação a proposta de “Ampliar e qualificar a rede de cuidado às pessoas com deficiências” que ficou em 2º lugar com 58,6% dos votos. (NITERÓI, 2021, pgs. 41 a 44)

Destacamos ainda o texto publicado pela revista eletrônica da Associação dos Servidores de Niterói, intitulada: *Cadernos, Saúde, Resistência e Luta*, disponibilizada no site

da FMS, que traz contribuições críticas a versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói para os anos 2022 – 2025. No que diz respeito a APS o texto aponta para a necessidade de ampliação da atenção para alcançar uma parcela maior da população. Também aponta a necessidade de aprofundamento das propostas apresentadas e o acréscimo de discussões necessárias sobre o atual cenário da saúde no Brasil, tanto no que tange a pandemia da Covid-19, quanto aos desdobramentos da Emenda Constitucional 95, que congela o teto de gastos na saúde e em outras políticas sociais. Cabe ressaltar que o plano faz um aparato das medidas tomadas em Niterói para o combate a Covid-19 e o estabelecimento de um centro de reabilitação para pessoas com sequelas da doença aparece nas propostas votadas na consulta digital no eixo de reabilitação.

Conforme já referenciado no tópico anterior, em 2019 foi criada a Fesaúde, e segundo Niterói (2021, t. 00:04min)¹¹, “no final de 2019, o então prefeito municipal Rodrigo Neves apontou para a Fesaúde colocar metas no plano de metas de 2020, então nós colocamos como uma das quatro metas da Fesaúde a construção de uma carteira de serviços” da atenção primária de saúde de Niterói. A carteira de serviços foi lançada no dia 14 de abril de 2021. Conta com a participação de mais de 20 pessoas no seu processo de construção, entre os envolvidos estão a VIPACAF e a Fesaúde. O lançamento da carteira foi acompanhado por uma mesa de debates do Encontro Municipal de Saúde de Niterói, com o tema: "A carteira de serviços e a qualificação da atenção básica" (NITERÓI, 2021). Cujas gravação está disponibilizada na plataforma de vídeos do Youtube. Segundo apontamentos do encontro, a carteira tem o objetivo de oferecer um norte para os gestores e usuários, mas as atividades não estão restritas apenas ao conteúdo descrito. Foi apontado também a compreensão da necessidade de atualização do conteúdo da carteira a partir do diálogo participativo com os territórios.

O conteúdo da carteira na versão para gestores e profissionais de saúde se apresenta em cinco tópicos: apresentação, diretrizes para a organização dos serviços, atividades assistenciais, referências e anexos. Destes, os três principais se dividem em subtópicos que apresentam os seguintes temas:

¹¹ Referência do vídeo de lançamento da carteira de serviços do programa médico de família de Niterói. Disponível em: <https://youtu.be/ihku6jmG_RQ>.

- Apresentação: Apresentação da equipe e do processo de formulação da Carteira de Serviços, Conceituação da Atenção Primária à Saúde (APS), O Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, 14 Conceituação da Carteira de Serviços;
- Diretrizes Para A Organização Dos Serviços: Organização territorial do município, Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, Tipos de equipes de Atenção Primária à Saúde, Atribuições dos profissionais do Programa Médico de Família/Atenção Primária à Saúde, Registros e sistemas de informações, Cadastro de usuários, Organização da agenda, Participação popular, Ouvidoria;
- Atividades Assistenciais: Tipos de consultas, Atenção domiciliar e territorial, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Atenção à saúde nos ciclos de vida, Atenção à saúde da criança e do adolescente, Atenção à saúde do adulto, Atenção à saúde da mulher, Atenção à saúde do homem, Atenção à saúde do idoso, Atenção à saúde de populações específicas ou áreas estratégicas, Atenção à saúde bucal, Atenção à saúde mental, Atenção à população em situação de rua, Procedimentos e cirurgias ambulatoriais, Manejo das situações de urgência e emergência.

Diante dessa exposição o nosso interesse no presente trabalho é compreender como se dá a atuação do assistente social na APS de Niterói, entendendo qual é o papel que o assistente social vem desempenhando nas instituições que compõem a APS do município. Qual a participação desse profissional nos movimentos de luta pela democratização e ampliação dos serviços públicos de saúde no município? Estes questionamentos norteiam a base da pesquisa realizada.

4.7 O SERVIÇO SOCIAL: COMPROMISSOS ASSUMIDOS

Julgamos importante apresentar alguns pontos sobre a compreensão da atual direção hegemônica, que orienta o trabalho do assistente social, a respeito do seu processo formativo e do compromisso assumido pela profissão em favor dos trabalhadores, provocando o reconhecimento dos assistentes sociais como integrantes da classe trabalhadora.

Atualmente a formação em serviço social é regulada pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) que disponibiliza em seu site três documentos principais que pautam o currículo de formação do Assistente Social. São eles: a Proposta de diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996; as Diretrizes Curriculares elaboradas pela equipe de especialistas de 1999; e as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviços Sociais aprovada pelo MEC em 2002.

Dentre elas o documento de maior relevância para o pensamento sobre formação é a Proposta de diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996 que ao colocar a “nova lógica curricular” (p.8) apresenta a seguinte definição:

A presente proposta parte da reafirmação do trabalho como atividade central na constituição do ser social. As mudanças verificadas nos padrões de acumulação e regulação social exigem um redimensionamento das formas de pensar/agir dos profissionais diante das novas demandas, possibilidades e das respostas dadas. Esta concepção implica que o processo de trabalho do assistente social deve ser apreendido a partir de um debate teórico-metodológico que permita o repensar crítico do ideário profissional e, conseqüentemente, da inserção dos profissionais, recuperando o sujeito que trabalha enquanto indivíduo social. (ABEPSS, 1996, P.8)

A formulação dessas diretrizes envolveu um amplo processo de debate e construção com a base da categoria profissional, a partir da realização entre 1994 e 1996 de aproximadamente 200 oficinas nas 67 Unidades de Formação Acadêmicas filiadas à ABEPSS, 25 oficinas regionais e 2 nacionais. A publicação dessas diretrizes é um marco no que vem sendo reconhecido como “renovação do serviço social”. (MOREIRA E CAPUTI, 2016).

E possível afirmar que a profissão de serviço social, é perpassada por processo histórico de intensas mudanças abarcando tanto a formação quanto a atuação profissional. A chamada renovação do serviço social, insere no campo formativo a compreensão da centralidade do trabalho e uma postura crítica em relação as dinâmicas da realidade social, por isso, as produções literárias no âmbito da profissão vem apresentando uma postura crítica de análise dessa realidade apontando como objeto de trabalho do assistente social não mais a adequação do indivíduo ao meio (como no início da profissão), mas a compreensão de que os fenômenos que se apresentam na forma de demandas sociais trazidas pelos usuários são expressões dos processos produtivos da sociedade capitalista. A isso chamamos “questão social”, tema já discutido no desenvolvimento da pesquisa atual. Não é de se admirar que o assistente social em sua experiência formativa estude exaustivamente as políticas sociais, pois entende que elas são, nesta sociedade, a forma mais eficaz de regular o acesso da população à garantia de direitos civis, políticos e sociais.

Uma outra informação importante e que complementa o conceito das bases formativas do serviço social encontra-se nas diretrizes curriculares criada por especialistas que ao elaborar o campo de competências e habilidades coloca termos em que podemos destacar:

A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades

técnico-operativas, com vistas à apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade. (ABEPS, 1999, pg.1)

Baseado neste trecho e na produção de Santos (2010) é que afirmamos então que a profissão de serviço social tem como base formativa três dimensões que orientam a sua prática: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Teórico-metodológica porque seu método de trabalho compreende a utilização de uma base teórica que lhe permita desenvolver um movimento de compreensão mais amplo da realidade retornando ao fenômeno inicial com respostas pautadas em uma atividade reflexiva, teleológica que lhe permite atuar com mais amplitude; ético-política porque possui seu norteador teórico no projeto ético-político cujo fundamento está em uma intenção de ruptura com a dinâmica de exploração da sociedade atual, porém a intenção revolucionária está condicionada às possibilidades de ruptura, por isto trabalha buscando ampliar o acesso dos trabalhadores aos seus direitos básicos nas esferas civis, políticas e sociais; e técnico-operativa porque utiliza instrumentos e técnicas diversas para viabilizar os objetivos pautados nas dimensões anteriores. É unidade porque estas três dimensões não podem ser operacionalizadas separadamente e é diversidade porque tais dimensões não são homogêneas entre si.

Esta informação é importante porque parte do objeto de estudo da presente pesquisa é compreender que relações os profissionais de serviço social que atuam na APS de Niterói têm realizado entre a teoria crítica que apreendem em seu processo formativo e a prática profissional cotidiana.

Aqui partimos do princípio de que a base formativa vem sendo apreendida pelos profissionais de serviço social, mas não podemos negar os recentes movimentos de retorno ao conservadorismo dentro de alguns segmentos da profissão, dos quais o movimento Serviço Social Libertário e o grupo Serviço Social Conservador são exemplos, tais grupos vem elaborando produções literárias como as *23 Teses Pelo Resgate Da Profissionalização Do Serviço Social No Brasil* e *Serviço social para Corajosos: Entre falácias, mitos e realidade carne e osso* ambos do Prof. Dr. Edson Marques Oliveira que defende uma prática profissional sem a utilização da crítica marxista como base teórica da profissão. Desta forma, as páginas que contém informações sobre estes movimentos demonstram a defesa do neoliberalismo, do empreendedorismo e uma prática profissional acrítica que permita a liberdade na formação e na atuação permitindo ao assistente social pautar-se em outras matrizes teóricas, dentre elas a religiosa como cristianismo por exemplo.

No campo da Saúde, partimos da compreensão que os princípios que norteiam o funcionamento do SUS são fortemente visualizados na APS, pois, sendo esta preferencialmente a porta de entrada de acesso dos usuários ao sistema, possui grande importância para a circulação dos usuários aos serviços de saúde – não apenas da própria APS, mas da rede como um todo.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (BRASIL, 2018)

O caráter intersetorial que faz parte do enfoque da APS também gera ou ao menos deveria gerar, uma articulação com serviços de assistência social. Trata-se de um espaço que desenvolve uma quantidade significativa de políticas, programas, e projetos, e direciona a implementação de atividades importantes. As atividades de promoção e prevenção são preconizadas nos marcos legais do SUS e, embora não sejam exclusivas da APS, encontram nela as melhores circunstâncias para seu desenvolvimento. As atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças se dá em práticas educativas, dentro e fora da instituição, com vistas a ampliar o acesso aos direitos básicos de saúde, considerando as particularidades de cada município. No âmbito dos programas da APS são realizadas atividades que incluem cursos de capacitação de profissionais de saúde, programações externas em parcerias com escolas e outras instituições, eventos, palestras na própria instituição, engajamento dos profissionais em movimentos sociais, entre outras atividades inseridas no percurso. No âmbito multiprofissional, o assistente social, está inserido no planejamento e gestão de atividades, reuniões, palestras, articulação com outras instituições, atividades de humanização e acolhimento na unidade.

Diante das considerações apresentadas, podemos afirmar que o Assistente Social tem papel fundamental no campo das políticas sociais, pois sua atividade laboral é indispensável na luta pela garantia do acesso dos usuários aos serviços sobretudo os de saúde e a atenção integral, considerando para isso as determinações sociais de saúde.

Neste contexto estudar a forma como se insere o assistente social na APS possui essencial relevância, principalmente considerando a perspectiva de garantia de direitos diante da ofensiva neoliberal vivenciada nos tempos pós Constituição. Como exemplo podemos citar emenda constitucional nº 95 promulgada em 15 de dezembro de 2016 que alterou a

constituição instituindo um teto de gastos públicos que congela os gastos do Estado por 20 anos. Para as políticas sociais esta emenda constitucional gera incertezas quanto a possibilidade da permanência dessas políticas, atingindo inclusive as políticas de saúde. De acordo com Rocha (2019) um dos poucos elementos que unifica a direita brasileira é a contrariedade em relação aos direitos sociais garantidos na Constituição de 1988. Isso torna o trabalho do assistente social ainda mais importante e contra – hegemônico.

No que diz respeito a APS, Morosini Et. Al (2020), afirmam que há um movimento sinérgico no plano do financiamento, da gestão e do modelo de atenção que dão mais um impulso a privatização na saúde. Para as autoras a Previne Brasil, a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei no 13.958), a Carteira de Serviços e normatizações complementares criam bases e condições que indicam modos de operacionalizar esse movimento, modificando o modelo de atenção, trazendo alterações na composição das equipes de saúde da família, retirando o foco da territorialização. As autoras assinalam que isso se associa às perdas de direitos trabalhistas e ampliam formas de contratação que pioram processo de precarização do trabalho. Alteração nas formas de contratação, pressão profissional devido à necessidade de alcançar metas pré-estabelecidas com cada vez mais exigências, o que não se traduz em qualidade nos serviços e proporcionam uma intensificação do trabalho, aumentando o número de usuários atendidos por equipes de saúde e sobrecarga da gestão pela alta quantidade de unidades sob sua responsabilidade (MOROSINI ET. AL, 2020).

As entrevistas realizadas na pesquisa nos permitiram considerar as particularidades do município de Niterói, o que será retornado nos resultados da pesquisa, quando destacamos o posicionamento das assistentes sociais entrevistadas.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Discutir a inserção do assistente social na Atenção Primária em Saúde de Niterói, caracterizando a forma como esses profissionais desenvolvem seu trabalho, mapeando seu escopo de práticas, ampliando o debate crítico a respeito dos papéis que vem sendo desempenhados por estes trabalhadores.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear a características da inserção de Assistentes Sociais na APS de Niterói, distinguindo formas de vínculo empregatício e dinâmicas de inserção nas equipes.
- Levantar e analisar o perfil de atividades atribuídas e atividades realizadas por estes profissionais.
- Identificar e discutir os elementos que potencializam e que restringem a atuação deste trabalhador no contexto do estudo.

6. METODOLOGIA

6.1 DEFINIÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO: APS DE NITERÓI

A rede pública de atenção à saúde do município de Niterói é composta por 43 módulos do programa médico de família, quatro unidades básicas de saúde, sete policlínicas regionais e duas policlínicas de especialidades. Para além deste nível de atenção, Niterói conta com um hospital infantil, um hospital psiquiátrico, seis ambulatorios de saúde mental, três centros de atenção psicossocial, um centro de atenção psicossocial infantil, um hospital de urgências, um hospital de urgências e cirurgias, uma maternidade e uma unidade de emergências pré-hospitalares, além de um hospital estadual, duas unidades de serviços de pronto atendimento e uma unidade de pronto atendimento. Portanto, considerando a acentuada atuação do serviço social na saúde do município, e a dimensão de sua rede pública de atenção, julgamos o campo da saúde de Niterói um espaço rico em experiências e conteúdo para a realização desta pesquisa.

6.2 ASPECTOS TEÓRICOS E ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A pesquisa tem como base a relação aparência versus essência, ou seja, busca compreender a realidade de determinado fenômeno por uma perspectiva de totalidade. Esse fundamento exige a relevância de diversos fatores no contexto da análise e discussão dos resultados da pesquisa. Portanto, buscaremos discutir os dados apresentados tendo por base o contexto da realidade social que envolve aspectos políticos, econômicos e sociais, pois consideramos estes aspectos como parte que determina o trabalho e também o processo saúde e doença, tal como pautado no projeto reformista de saúde, que a compreende como um conjunto de serviços e políticas que visam garantir saúde para além da ausência de doença,

Buscamos adotar estratégias de pesquisa que nos permitissem combinar dados sobre a inserção dos assistentes sociais na APS em Niterói e a forma como eles compreendem essa realidade. O modo como descrevem suas atividades, suas responsabilidades suas interações com serviços e profissionais. Desta forma, a análise do objeto nos levou as seguintes estratégias metodológicas:

Revisão bibliográfica – o objetivo foi fazer um levantamento histórico, político e acadêmico do campo da saúde no município de Niterói; coletar legislações ligadas a APS e ao exercício profissional e formativo do assistente social; legislações ligadas ao financiamento das políticas de saúde com recorte municipal, retração ou ampliação das políticas de saúde no

município. Traçamos um recorte de produções ligadas a experiência dos assistentes sociais na APS do município de Niterói considerando o período de 2009 a 2019.

Outro campo de conhecimentos é o histórico da profissão de serviço social e sua inserção na saúde no Brasil; neste campo, consideramos produções que demarcam o início do serviço social e da saúde com destaque para a APS no Brasil até os dias atuais. Nesta perspectiva contemplamos autores que dissertam sobre: Saúde, APS, Teoria e Prática do Serviço Social, História do Serviço Social, Instrumentalidade do Serviço Social e Saúde e Serviço Social.

Consideramos também, produções que contemplam o cenário político Brasileiro e Internacional que interferem nas políticas de saúde que serão discutidas no projeto. Esta etapa foi realizada durante todo o processo da elaboração do projeto, entretanto alguns autores foram selecionados previamente pelo fato de suas publicações estarem diretamente ligadas aos objetivos propostos pela pesquisa;

Levantamento de dados secundários – o propósito foi descrever a composição do quadro profissional de assistentes sociais na saúde do município de Niterói, mapeando o quantitativo de profissionais e suas áreas de atuação no município com recorte na APS. Esta pesquisa foi feita utilizando os dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES referentes a junho / 2020 e julho / 2021. O mês de julho / 2021 foi escolhido por ter sido o período em que foram iniciadas as entrevistas da pesquisa de campo e o mês de junho / 2020 foi selecionado como marco inicial da pesquisa de dados após a qualificação

Pretendíamos acessar departamentos públicos que contivessem a história da saúde de Niterói. O que não foi possível em virtude das restrições impostas pela pandemia. Assim a maior parte dos dados provêm do CNES e da bibliografia. As entrevistas também forneceram valiosas informações.

6.3 PESQUISA DE CAMPO

Nosso desenho incluiu duas etapas: de levantamento de dados, por meio de um instrumento online e entrevista semiestruturada.

6.3.1 Primeira Etapa: Instrumento Online

Relatamos aqui os procedimentos referentes a essa primeira etapa, adiantando que não obtivemos o resultado de adesão necessária.

O questionário (apêndice II) teve como inspiração o roteiro de entrevistas utilizado para a construção do livro: *A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde*, da autora Ana Maria Vasconcelos, cuja pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro para sua tese de doutorado aprovada em 1999. Tal escolha se deu pela proximidade da proposta do livro com os objetivos desta pesquisa e pela compreensão da necessidade de atualização da discussão relativa a este campo para o serviço social. O instrumento está no apêndice II.

A metodologia de distribuição dos questionários, bem como as entrevistas, foi mediada pelo método “Bola de Neve” também conhecido como “Cadeia de Referências” que consistiu no envio do instrumento online para uma assistente social conhecida da pesquisadora (sujeito semente) que indicou outra assistente social, formando assim uma rede de distribuição, até que se obtivesse um número significativo que possibilitasse a escolha de algumas profissionais a serem entrevistadas.

Nessa etapa os sujeitos eram assistentes sociais integrantes das unidades de APS do município, a saber: Unidades Básicas de Saúde - UBS, Módulos do Médico de Família - MMF, nas Policlínicas (que as policlínicas são reconhecidas como integrantes da APS) e nos GBT. A quantidade máxima de respostas ao questionário era estimada em 49 considerando que, segundo dados oriundos do CNES, este é o quantitativo de profissionais atuantes no município que se encaixam no perfil da pesquisa. A proposta do questionário era de leitura e respostas em aproximadamente 30 minutos.

Desta forma utilizamos a ferramenta google forms¹² para a distribuição do questionário e as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido feito digitalmente pelo referido programa. Os links dos questionários e dos termos foram enviados por e-mail ou whatsapp, e ao preencher o Termo e o questionário, uma cópia das respostas foi automaticamente enviada para quem respondeu, possibilitando a conferência posterior das respostas pelo participante da pesquisa. A utilização de recursos digitais nos trouxe a expectativa de obter um número elevado de respostas no questionário, pela redução de barreiras territoriais.

¹² Trata-se de uma ferramenta de software da empresa google, de utilização gratuita que permite inserir perguntas e enviá-las através de um link para que as pessoas possam respondê-las, as respostas ficam armazenadas na conta de usuário do pesquisador.

Porém, o efeito foi inverso. Encontramos muita dificuldade para contactar profissionais para participar da pesquisa. Isso resultou na dificuldade de responder algumas questões ligadas ao perfil das profissionais, principalmente das que não possuem vínculo estatutário de contratação.

O questionário ficou ativo durante 4 meses. Fechamos a possibilidade de respostas ao questionário ao final do mês de agosto de 2021. Não somos capazes de afirmar quais foram os motivos da baixa adesão. Acreditamos que os motivos podem ser de cunho técnico. Esclarecemos: devida a limitação de uma resposta por pessoa, era necessário fazer login na conta do google para o preenchimento, além da inserção de um endereço de e-mail para o envio da cópia das respostas. Isso não permitia, por exemplo, iniciar o questionário, interromper e retornar depois. e isto pode ter dificultado o acesso. Outra questão pode ser a exaustão pela intensificação do trabalho (relatado por alguns profissionais) devido ao contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19 e além disso a dificuldade de contato pelo método de abordagem bola de neve, escolhido para a disseminação dos formulários, a falta de contato direto, pessoal, também pode ter sido um dificultador, pois presencialmente é possível se apresentar de maneira concreta com documentos e comprovações ligadas ao vínculo institucional da pesquisadora, o que não foi possível devido ao momento peculiar da pandemia. A especificidade do público-alvo, e seu pequeno número, também pode ter dificultado o alcance dos resultados esperados

6.3.2 Segunda Etapa: As Entrevistas

Os sujeitos dessa etapa eram assistentes sociais atuantes na APS. A intenção era entrevistar aproximadamente 12. Conseguimos entrevistar sete. As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro semiestruturado com 14 (Apêndice VI) questões abertas, sobre os temas: trajetória; atividades; relações e percepção geral sobre o trabalho do serviço social na APS de Niterói, além de questões fechadas para caracterização do perfil das entrevistadas.

Para as entrevistas buscamos contato por aplicativo de mensagem. A realização das entrevistas também se deu em formato remoto mediante a utilização da plataforma Zoom Meetings escolhida pelos entrevistados e pela pesquisadora, devido a facilidade de acesso e possibilidade de gravação para posterior análise dos resultados. É importante ressaltar que as gravações se deram com prévia autorização das entrevistadas, contendo a cláusula de

permissão de gravação no Termo de Consentimento assinado antes da realização da entrevista.

6.3.3 Obstáculos Para A Entrada Em Campo

Registramos aqui que mesmo tendo obtido a anuência do município, documento que fez parte do projeto aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Parecer de número 4.415.019), houve um hiato de tempo elevado entre essa aprovação e o início do trabalho de campo, pois ficamos aguardando a liberação de uma autorização da prefeitura de Niterói assinada pelo Secretário de Saúde do Município e o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa, (que nos concedeu a primeira anuência). A concessão desta autorização levou quatro meses. Acreditamos que a demora na concessão da autorização se deve ao período de pandemia em que os profissionais das secretarias relacionadas estão trabalhando com carga horária reduzida. O acompanhamento do processo via protocolo não demonstrava atualização, por isso, fizemos, inúmeras vezes contato telefônico, para identificar os obstáculos e nos colocando à disposição para esclarecimentos, mas as informações repassadas pelos atendentes demonstravam incerteza sobre o real andamento da solicitação.

Isto nos levou, inclusive a discutir a possibilidade de cancelar o trabalho de campo, dada ao limite de tempo para a conclusão do trabalho e continuidade no programa de pós-graduação da EPSJV – Fiocruz. Esta foi uma das questões trazidas pela pesquisadora nos diversos contatos telefônicos realizados, e após quatro meses do envio da solicitação, conseguimos a autorização do município.

É importante destacar que somente após essa autorização começamos a enfrentar o desafio de contactar os profissionais para a participação na pesquisa. O processo, desde o primeiro contato até a conclusão das entrevistas levou cinco meses, dada a dificuldade de obter participantes elegíveis ao trabalho. Destacamos a insistência por parte da pesquisadora de entrevistar ao menos uma das quatro assistentes sociais que atuam na supervisão dos Módulos do Médico de Família. Durante o processo conseguimos contato com duas profissionais do campo e conseguimos entrevistar uma delas. Reforço que, apesar do baixo quantitativo, foi extremamente recompensador ouvir as profissionais que aceitaram participar.

A etapa das entrevistas trouxe elementos muito ricos para a pesquisa. Foi possível identificar o perfil das assistentes sociais, suas formas de inserção, seus campos de atuação no contexto da saúde e sua autoidentificação no campo de trabalho. A oportunidade de

entrevistar uma profissional da gestão da saúde do município enriqueceu mais ainda o trabalho permitindo um olhar mais amplo sobre o papel dos assistentes sociais na saúde.

7. RESULTADOS

Ao longo da pesquisa foi possível ouvir sete assistentes sociais sendo três assistentes sociais de policlínicas, duas de UBS, uma do PMF e uma da gestão de saúde do município. Com o propósito de facilitar a apresentação discutiremos os resultados a partir das respostas às perguntas da entrevista, trazendo para o texto os principais conteúdos que nos permitem entender a forma como estas profissionais estão inseridas na saúde do município. Trazemos os dados de perfil das profissionais entrevistadas, considerando o sexo, o ano da graduação, o tipo de instituição formativa, o tempo de inserção no município, o tempo de atuação na saúde e a instituição onde elas estão inseridas atualmente. Estas informações ligadas ao questionário preliminar foram inseridas na entrevista para complementar a análise feita pelos dados.

7.1 ASSISTENTES SOCIAIS NA APS EM NITERÓI: DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

No quadro I, registramos um resumo do número de assistentes sociais lotadas na rede de atenção primária a saúde do município de Niterói. Os dados, coletados no CNES, trazem informações sobre dois momentos junho de 2020 e julho de 2021

Quadro 1: Número de assistentes sociais por componente da rede de atenção primária em saúde e regime de contratação do município de Niterói - RJ em julho / 2020

COMPONENTE	QUANTIDADE	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Programa Médico de Família	5	4 em Contrato por Prazo Determinado e 1 Estatutário
Consultório na Rua	3	Contrato por Prazo Determinado
Policlínicas	36	1 Autônomo (intermediado); 1 Cargo Comissionado; 9 Contratos por Prazo Determinado; 1 Emprego Público; 18 Estatutários e 6 Pessoas Físicas (Autônomos)
Unidade Básica de Saúde	11	2 Cargos Comissionados; 1 Contrato por Prazo Determinado e 8 Estatutários

Fonte: CNES - DATASUS

Observamos que cinco assistentes sociais atuam na supervisão de 41 Módulos do Médico de Família - MMF, localizados nas regiões com populações com maior índice de vulnerabilidade. O PMF consultório na Rua possui em seu quadro três assistentes sociais. Estes Módulos do Médicos de Família (MMF) também recebem suporte das Policlínicas, que também fazem parte dessa rede de atenção, e atendem a casos de média complexidade do

município. Assim, as policlínicas exercem dupla função. No que diz respeito à atenção primária, desenvolvem ações de vacinação, grupos de prevenção e cuidado relacionado à programas de saúde como o Hiperdia (Programa para a melhoria do controle dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus), Tabagismo, Planejamento Familiar, além de atendimentos aos usuários de regiões que ainda não possuem um MMF de referência. Este conjunto de unidades é o que tem o maior número de assistentes sociais, 36, sendo pelo menos dois assistentes sociais por unidade, podendo chegar a seis profissionais como é o caso da Policlínica Guilherme Taylor March, a exceção é a Policlínica Regional da João Brasil que contém apenas um assistente social devido a sua vinculação com UBS da Engenhoca¹³ na mesma região. Já as Unidades Básicas de Saúde funcionam como MMFs mas com equipes mais amplas, possuindo em seu quadro profissional pelo menos duas assistentes sociais em cada unidade, como é o caso da UBS do Morro do Estado e da UBS do Centro, podendo chegar a quatro como é o caso da UBS de Santa Bárbara e a da Engenhoca.

Quadro 2: Número de assistentes sociais por componente da rede de atenção primária em saúde e regime de contratação do município de Niterói - RJ em julho / 2021

COMPONENTE	QUANTIDADE	REGIME DE CONTRATAÇÃO
Programa Médico de Família	4	Contrato por Prazo Determinado
PMF Consultório na Rua	1	Contrato por Prazo Determinado
Policlínicas	37	1 Autônomo; 1 Cargo Comissionado; 7 Contratos por Prazo Determinado; 1 Contratado Verbalmente; 2 Empregos Públicos; 19 Estatutários e 6 Pessoas Físicas
Unidade Básica de Saúde	12	2 Cargos Comissionados; 2 Contratos por Prazo Determinado e 8 Estatutários

O quadro acima, referente a julho / 2021 mostra um resumo da quantidade de assistentes sociais lotadas na rede de atenção primária a saúde do município de Niterói. De maneira atualizada quatro assistentes sociais atuam na supervisão de 43 Módulos do Médico de Família - MMF, lotados nas regiões de maior vulnerabilidade do município, estes MMFs também recebem suporte das Policlínicas, que compõem a rede de atenção, recebendo a média complexidade do município e exercendo funções também da atenção primária como vacinação, grupos de prevenção e cuidado como Hiperdia, Tabagismo, Planejamento Familiar e outros além de atendimentos dos usuários de regiões que ainda não possuem um MMF de referência. Estas unidades contam um quadro de 37 assistentes sociais sendo pelo menos três

¹³ A Unidade Básica de Saúde da Engenhoca e a Policlínica da João Brasil funcionam no mesmo espaço. Enquanto a UBS possui quatro assistentes sociais a Policlínica possui apenas uma.

por unidade, podendo chegar a seis profissionais. A exceção é a unidade que contém apenas 1 assistente social devido a sua vinculação com uma UBS na mesma região. Já as Unidades Básicas de Saúde funcionam como MMFs, mas com equipes mais amplas, possuindo em seu quadro profissional pelo menos duas assistentes sociais em cada unidade podendo chegar a quatro.

Nas entrevistas foi relatado que o município ficou um longo período¹⁴ sem realizar concursos públicos, e identificamos no site da FMS que ocorreram quatro processos seletivos simplificados para o quadro profissional, um em 2015 para o campo da atenção psicossocial com duas vagas para assistente social, outro em 2016 para serviços especializados em HIV/Aids com duas vagas para assistente social, um em 2017 para saúde da família com duas vagas para assistente social, e o mais recente em 2020 em caráter emergência para o combate ao COVID-19 com sete vagas mais cadastro de reserva para assistentes sociais. O município abriu em 2020 dois concursos: um para a Fundação Municipal de Saúde - FMS com cinco vagas para assistente social e o outro para Fundação Estatal de Saúde - Fesaude com nove vagas para assistente social.

Os dados supracitados trazem preocupação quanto a autonomia e permanência destes profissionais na saúde, dada a necessidade do estabelecimento de vínculos e continuidade dos projetos desenvolvidos ao longo dos anos. Os dados nos mostram um baixo nível de alteração no quadro profissional. Percebe-se que em 2020 havia um total de 55 assistentes sociais enquanto em 2021 têm-se 54. Houve uma redução no programa médico de família sendo menos duas assistentes sociais para o consultório na rua e menos uma nos MMFs, por outro lado houve um aumento de uma profissional para Policlínicas e uma para UBS, totalizando a diferença geral de apenas uma assistente social do quadro 1 para o quadro 2.

Pode-se dizer que há uma baixa rotatividade, sobretudo se compararmos com a redução da força de trabalho que tem ocorrido na atenção primária. Essa percepção foi confirmada nas entrevistas, sendo relatado pelas profissionais que, mesmo com vínculos fragilizados, as assistentes sociais referem ter um índice elevado de permanência no campo e autonomia na tomada de decisões e ações da categoria profissional.

¹⁴ Durante o relato não foi possível precisar o período exato que o município ficou sem fazer concursos, estimamos que o período seja de pelo menos 5 anos, dada as publicações de processos seletivos simplificados disponíveis no site da fundação.

Cabe a ressalva de que apenas uma das assistentes sociais entrevistadas possuía vínculo de contrato temporário, porém, assim como as assistentes sociais estatutárias, ela relatou possuir autonomia no campo de atuação. A discussão sobre autonomia foi uma de nossas preocupações desde o início do trabalho, principalmente devido ao caráter dito liberal da profissão de serviço social (SIMÕES, 2012, p.62 e 63). Este aspecto liberal, segundo o autor corresponde a relativa autonomia que o assistente social tem pela legislação que rege a profissão, embora seja uma profissão com vínculos empregatícios tanto na esfera pública quanto na privada. O autor ressalta que a autonomia é ameaçada devido ao tensionamento das relações de classes, campo no qual atua o assistente social, sobre isso o autor traz a seguinte afirmação:

[...]. Essa autonomia é tensionada pela compra e venda da força de trabalho aos seus diferentes empregadores: Estado, empresariado, organizações de trabalhadores e de outros segmentos organizados da sociedade civil. O trabalho do assistente social, portanto, se processa de forma diferenciada nos diferentes espaços ocupacionais, dadas as condições em que se realiza e o envolvimento de exercício profissional em relações sociais distintas, ainda que seja preservada natureza qualitativa dessa especialização do trabalho. (SIMÕES, 2012, p.63)

Essa discussão nos impulsionou a inserir uma pergunta sobre esse tema na entrevista, pensando principalmente se havia divergências entre a possibilidade de atuação e intervenção profissional de acordo com a forma de contratação.

Sobre essa questão houve ainda a problematização das mudanças na forma de contratação, e ainda que todas as entrevistadas apontem para autonomia e permanência no campo, existe uma preocupação de mudanças neste quesito. Cristina relata:

“Hoje as pessoas ingressam muito pelo serviço informal, né? RPA¹⁵ que não tem vínculo nenhum (...). RPA não tem direito a nada”

Esta afirmativa demonstra com clareza a preocupação da Cristina em relação ao vínculo empregatício e o reforço de que o vínculo público garante mais segurança para o trabalhador e para os usuários. Essa premissa reforça a defesa da autonomia dos assistentes sociais, pois como aponta Raichelis (2011):

¹⁵ RPA significa Recibo de Trabalho Autônomo, na entrevista foi utilizado pela profissional para descrever o vínculo de trabalho autônomo presente nas formas de contratação da saúde do município.

Os efeitos da terceirização para o trabalho social são profundos, pois ela: a) Desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais; b) Desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; c) Subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas; d) Realiza uma cisão entre prestação de serviço e direito, pois o que preside o trabalho não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito. (RAICHELIS, 2011, p.432)

Apesar da terceirização na saúde de Niterói, as profissionais relatam ter autonomia para desenvolver suas atribuições devido a presença de assistentes sociais também na chefia da gestão de saúde do município. Mais adiante, nos resultados das entrevistas apontaremos esse aspecto (da presença de assistentes sociais na gestão de saúde do município) com mais profundidade. Entretanto, podemos adiantar que essa presença, direcionada por uma perspectiva de trabalho crítica, fortalece e valoriza as ações de trabalho das assistentes sociais na saúde. Porém existe uma preocupação em relação a este tema, devido a dependência que os profissionais terceirizados possuem da gestão, ou seja, a possibilidade de que uma mudança na gestão ameace essa autonomia, e interfira em vários outros elementos podendo gerar descontinuidade de serviços, intensificação do trabalho, redução de salários, redução do quadro profissional e mudanças na forma como as políticas de saúde vem sendo implantadas no município.

Os quadros três e quatro apresentam dados relacionados ao perfil das assistentes sociais entrevistadas

Quadro 3: Dados sobre formação das assistentes sociais entrevistadas. Município de Niterói, 2021

Nome Fictício	Ano da Graduação	Tipo de Instituição de Graduação
Dalva	1981	Pública
Cristina	1987	Pública
Sônia	1985	Privada
Fernanda	1993	Pública
Joana	1994	Pública
Celina	1988	Pública
Raissa	2011	Pública

Quadro 4: Tempo de atuação, inserção e instituição inserção das assistentes sociais entrevistadas. Município de Niterói, 2021.

Nome (Fictício)	Tempo de inserção no Município	Tempo de Atuação na Saúde	Instituição de Inserção Atual
Dalva	35 anos	35 anos	Gestão de Saúde do Município
Cristina	27 anos	30 anos	Unidade Básica de Saúde

Sônia	36 anos	32 anos	Policlínica
Fernanda	19 anos	25 anos	Unidade Básica de saúde
Joana	23 anos	23 anos	Policlínica
Celina	31 anos	29 anos	Policlínica
Raissa	6 anos	6 anos	Programa Médico de Família

O primeiro aspecto a se considerar corresponde a análise das tabelas obtidas através do CNES com o perfil das entrevistadas: Nos dados do CNES observa-se que assistentes sociais que atuam em regime de contratação estatutário são a maioria totalizando 29 profissionais sendo destes 27 estatutários e dois cedidos pelo estado que na tabela aparece como “emprego público”. Entretanto, o quantitativo de profissionais com vínculos fragilizados corresponde a 25 sendo destes sete autônomos, três comissionados, um com contrato verbal e 15 em contrato de trabalho por tempo determinado. No perfil da pesquisa, identificamos que a participação se deu majoritariamente pelas profissionais estatutárias, e o perfil de inserção destas profissionais é de longa trajetória de trabalho tanto na saúde quanto município. No contexto atual, de mudanças e ameaças nas regras previdenciárias, quando vimos o longo tempo de trabalho dessas assistentes sociais, pensamos sobre aposentadoria. Não houve nenhum questionamento direto sobre esse assunto, mesmo assim uma das entrevistadas, nos disse:

Eu até falo assim: ai gente eu já tô na insistência social, entendeu? (risos) Eu já estou desistindo, porque eu já estou a mais de 30 anos e eu já deveria estar me aposentando... tentaram me aposentar, mas eu gosto tanto do que eu faço! Eu acho que eu ainda posso produzir muito então eu ainda vou ficar mais um tempo, sabe? Não estou querendo sair agora não porque a gente sai, no primeiro mês é ótimo, no segundo também, ai eu estou de licença tipo licença premium, mas depois você cair na rotina né e eu ainda tem filho de 20 e poucos anos especial e eu ainda quero sair muito com ela ne? Quero fazer as coisas e é um momento que eu posso produzir muito né? Eu faço muito curso na Fiocruz sabe? eu tento sempre fazer alguma coisa para mostrar que o serviço social não é aquela de enfermeiras¹⁶ que ajudavam, porque na época que eu estudei, 1985, mudou muita coisa né? (Sônia)

A fragilidade no vínculo da inserção de boa parte das profissionais no município, é uma expressão do processo de reestruturação produtiva, pautado no projeto privatista da saúde (já discutido anteriormente. Antunes (2010), ao falar sobre os processos de reestruturação produtiva aponta aspectos relativos ao movimento global do capital. Tais aspectos são

¹⁶ Aqui Celina se refere ao modelo de formação do serviço social médico, em que as assistentes sociais faziam cuidados como curativos por exemplo e por isso ela fez referência ao trabalho da enfermagem.

importantes para compreender a gênese dos processos de precarização das políticas sociais e a atual conjuntura de enxugamento do Estado na execução delas.

O primeiro aspecto importante está relacionado a divisão internacional do trabalho, em que países centrais do capitalismo participam em nível de planejamento e criação virtual da mercadoria, e ela é produzida, ou materializada nos países periféricos, assim obtemos a divisão social, em nível global, do trabalho. Tal premissa influencia o setor de serviços devido a adequação do Estado de países periféricos às necessidades de mão de obra do capital. Essa relação de dependência é expressa pela obra de Fernandes (1972), que traça um histórico, desde o período colonial da dependência dos países da América Latina em relação ao capitalismo internacional. Coaduna para essas reflexões, as considerações de Rizzotto (2014) que problematiza a participação do BIRD na implantação das políticas de saúde e da APS em nível nacional. Essa relação de dependência se expressa, por exemplo, nas formas de execução das políticas de educação, que apresentam formação fragmentada quanto aos níveis de ensino e qualificação profissional, como um filtro funcional que objetiva a criação de massiva mão de obra subqualificada para desempenhar atividades de materialização de mercadorias previamente projetadas. Sobre a discussão deste parágrafo o autor afirma:

O resultado parece evidente: intensificam-se as formas de extração de trabalho, ampliam-se as terceirizações, as noções de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo de o capital produzir as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas. Onde havia uma empresa concentrada, pode-se substituí-la por várias pequenas unidades interligadas pela rede, com número muito mais reduzido de trabalhadores e produzindo muitas vezes mais. (ANTUNES, 2010, P. 14)

No que se refere a política de saúde, os setores de terceirização que fazem parte desse mecanismo de fragmentação da produção da mercadoria e do pleno exercício do trabalho, ocupam espaço cada vez mais importante, de maneira que é possível observar um contingente de funcionários terceirizados em grandes quantidades na saúde. Druck (2016) nos informa que foi a partir de a implantação da lei nº 9.637/1998 e posteriormente, em 2015 quando o Supremo Tribunal Federal (STF), aprovou a constitucionalidade da terceirização dos serviços de responsabilidade do Estado – dentre os quais os de saúde – que o fenômeno da terceirização ganhou ainda mais impulso e estabilidade, com grande atuação de diversos tipos de instituições, em especial as Organizações Sociais de Saúde e Empresa brasileira de Serviços hospitalares

A mercantilização dos serviços oferecidos pelo Estado e definido em políticas públicas são também outro fator importante a ser considerado para entender sua atual conjuntura, onde observa-se o enxugamento do Estado com vistas a reduzir a população usuária e ampliar o mercado na área, forçando uma parte da população a custear serviços de atendimento no mercado privado. Neste cenário observa-se uma atuação estatal que objetiva reduzir, sob a justificativa de corte de custos, os serviços universais ofertados que são na fala de Coutinho (2010) a “expressão dos direitos sociais”.

Esta análise coaduna com o apontado por Sousa (2015) que indica que Niterói tem modificado o modelo da atenção para se adequar ao modelo nacional de estratégia saúde da família, soma-se a isso a proposta da Fundação Estatal de Saúde, a Fesaúde, implantada em Niterói para a gestão da atenção primária.

Não podemos deixar de considerar o aspecto peculiar de contratação da Saúde da Família que prioriza os vínculos entre profissionais de saúde e a comunidade tendo o agente comunitário de saúde como protagonista na mediação dessa relação. Porém a fragilidade dos vínculos de assistentes sociais e dos profissionais que compõem as equipes de saúde da Família e dos grupos em maior vulnerabilidade presentes na atenção básica, pode gerar descontinuidade em planos, projetos e serviços, além de uma possível descontinuidade de acompanhamento por falta de identificação, vínculo, entre usuários e profissionais. O modelo de saúde da família apresenta a ideia de uma equipe que acompanha as famílias e alterações nessas equipes podem prejudicar os avanços que são construídos pelos usuários e profissionais de saúde.

Embora o nome seja um dado insuficiente para definir gênero, observamos no CNES que entre os 54 profissionais listados havia apenas um nome associado ao gênero masculino. As entrevistadas foram todas mulheres.

Por se tratar de uma profissão cujo foco do trabalho é o cuidado, o serviço social historicamente, vem sendo realizado majoritariamente por mulheres. Imamoto (1998) traz uma importante reflexão ao dizer que a assistente social tem associado a ela a imagem social da mulher e discriminações a elas dirigidas. Segundo Imamoto:

No Serviço Social tem-se um contingente profissional, hoje proveniente de segmentos médios pauperizados, com um nítido recorte de gênero: uma categoria profissional predominantemente feminina, uma profissão tradicionalmente de mulheres e para mulheres. A condição feminina é um dos selos da identidade desse profissional, o que não implica desconhecer o contingente masculino de assistentes sociais, com representação nitidamente

minoritária no conjunto da categoria profissional no país. Com tal perfil, o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho (com diferenciais de remuneração e renda em relação aos homens, de níveis de formação em relação às exigências tecnológicas, maior índice de desemprego, exercício de funções menos qualificadas etc.). (IAMAMOTO, 1998, p.104)

Adicionalmente as entrevistas trouxeram a discussão da necessidade que as profissionais tiveram de interromper ou reduzir o avanço da qualificação profissional devido a dupla jornada de trabalho – domiciliar e externa – na vida cotidiana.

Fernanda, ao discorrer sobre sua trajetória traz a seguinte afirmativa: “

Eu fiz uma pausa nessa vida acadêmica, porque, tem uma questão de gênero aí: a gente que é mulher, se casa, tem filhos e a sobrecarga de trabalho afasta um pouco a gente do mundo acadêmico. Essa é até uma discussão que a gente faz né? Os homens, eles entram na graduação e eles vão direto, já as mulheres elas vão dando pausas né? Nesse processo então eu dei uma pausa.”

Celina também cita essa questão ao falar sobre sua trajetória acadêmica:

“Eu tive na verdade que conciliar a minha vida profissional com a minha vida particular, eu sou mãe de cinco filhos, então com cinco filhos a gente corre muito, e acabou né, que eu fiquei realmente muito restringida ao trabalho face a face.”

Esse diálogo coaduna com os apontamentos de Jesus (2018), sobre a feminilização histórica da profissão. A autora destaca que a profissão de serviço social nasceu no “bojo das contradições entre capital e trabalho, sendo a profissão requisitada pelo estado para atuar na reprodução da classe trabalhadora e atenuar os conflitos de classes.” (JESUS, 2018, p.2). Nesta perspectiva a autora afirma que a caracterização da profissão foi pensada com “valores e atributos socialmente construídos como femininos” (JESUS, 2018, p.2), direcionando a profissão para uma atuação com traços “confessionais”, de “ajuda ao próximo” e “servir e cuidar do outro”. Cabe destacar, ainda sob os apontamentos da autora que mesmo com a renovação da profissão, essa feminização ainda existe dada a concepção de “destinação às mulheres da responsabilidade pela reprodução social” (JESUS, 2018, p.2). Nesse contexto é que se insere a fala da Fernanda citada acima, que reforça a necessidade de ampliar cada vez mais esse debate, pensando a partir de uma perspectiva que incorpore a questão da desigualdade de gênero na trajetória de formação e de trabalho das assistentes sociais.

Nesta pesquisa a relevância quanto ao ano da graduação se dá pelos aspectos históricos da profissão. Três profissionais entrevistadas formaram-se antes da promulgação da constituição federal de 1988, e no levantamento dos fundamentos do serviço social discutidos

no texto desta pesquisa, afirmamos, mediante análise bibliográfica, que o engajamento do serviço social, no movimento de reforma sanitária não foi significativo. Entretanto, as profissionais entrevistadas descrevem sua trajetória e o seu trabalho no município a partir de uma postura reformista de saúde, na contramão do projeto privatista em disputa no Brasil.

Outro aspecto relevante para estes dados se dá no fato de que apenas duas, das sete assistentes sociais entrevistadas se formaram no período posterior ao atual código de ética de assistentes sociais, aprovado 1993. Estes dados demonstram que, mesmo coincidindo com um período de transformações e disputa de vertentes teóricas dentro da profissão de serviço social, é possível observar, nas profissionais do município, um senso crítico e grande apreço pelo código de ética da profissão e à atual direção hegemônica da profissão.

“É inevitável que a relação teoria e prática tenha que estar na sua atividade, eu não vejo um pragmatismo dentro da nossa atuação não é óbvio que existem profissionais e profissionais dentro de qualquer área, mas nesse período de 30 anos que eu estou nesse setor ne? (sorriso) Nessa atuação, eu não vejo como trabalhar no cotidiano sem estar respaldada na questão teórica do serviço social não” (Joana).

A formação que eu tive na universidade, no curso de serviço social me faz ter um comportamento, fazer dos atendimentos, da minha atuação profissional, permanentemente estar sendo regada pela teoria que eu aprendi lá atrás. (Celina)

Ao levantarmos a natureza (pública ou privada) da instituição de formação das entrevistadas tínhamos o objetivo de observar aspectos relativos a discussão sobre o aumento de cursos de graduação em serviço social. Esse era um item que constava também do formulário eletrônico e que pretendíamos ver respondido por grande número de assistentes sociais. De acordo com Iamamoto (2011, p. 438) em 2007 existiam no Brasil mais de 200 cursos de graduação em serviço social ofertados por instituições privadas. A autora problematiza o aspecto qualitativo destes cursos, trazendo questões como a importância da pesquisa por exemplo, presente majoritariamente em universidades públicas. A crítica se expressa também no crescimento de ofertas de cursos EAD, este último, não apenas pela autora, mas também pelo Conselho Federal de Serviço Social que lançou duas publicações sobre a “Incompatibilidade sobre Graduação a Distância em Serviço Social”¹⁷ :

Ao lado do EaD, crescem os cursos privados, que muitas vezes são de baixa qualidade, em que pesem os esforços de jovens e comprometidos docentes, em função das condições de trabalho: contrato horista, ausência de pesquisa e extensão, turmas

¹⁷ As duas publicações podem ser conferidas no site do [Conselho Federal de Serviço Social](#).

enormes, estágios que 15Contrarreforma do ensino superior no Brasil e crescimento do EaD no Serviço Social não asseguram supervisão acadêmica e de campo articuladas. Quanto à graduação à distância, sabemos que realiza, no máximo transmissão de informações, mas jamais formação profissional, como tem denunciado a ABEPSS, o CFESS e a ENESSO em várias notas públicas, inclusive uma que se dirige aos estudantes e profissionais envolvidos nesta modalidade, alertando-os e explicando as razões da nossa luta, que nada tem a ver com preconceitos ou discriminação (ABEPSS, CFESS e ENESSO, 2009). (CFESS, 2011, p.14 e 15).

Ainda segundo o conteúdo disposto na publicação do CFESS, o volume dois apresenta um breve histórico sobre a expansão dos cursos privados no Brasil, ressaltando o início do desmonte das universidades públicas e da ampliação dos cursos privados a partir da segunda metade da década de 1990, protagonizada pelo estado “reduzindo os recursos públicos para as instituições federais de ensino superior (IFES), com congelamento de concursos e salários, proporcionando uma desvalorização significativa da carreira docente” (CFESS, 2014, p.17). Esta afirmativa coaduna com o resultado da pesquisa que demonstra que no período em que essas assistentes sociais entrevistadas se formaram, a maior oferta de cursos de serviço social era de caráter público, supomos que esta seria a razão de um maior quantitativo de profissionais formadas por universidades públicas.

7.1.1 Tempo De Inserção E Permanência Na Saúde

O tempo de inserção no município, conforme já apontado, é importante para a compreensão do tempo de permanência dos profissionais na saúde, e os resultado apontam para uma baixa troca de profissionais. Porém, o público entrevistado foi majoritariamente de assistentes sociais estatutárias, sinalizado inclusive por Cristina a preocupação com a perda de direitos que vem com essas formas de contratação. É importante ressaltar que Raissa do programa médico de família foi a única entrevistada com vínculo empregatício pela via de contrato de trabalho por tempo determinado e encontra-se na instituição há 6 anos e afirma possuir autonomia e liberdade para desenvolver o seu trabalho, ela também demonstra preocupação com a Fesaúde:

A gente tem médico que trabalha conosco desde o primeiro PMF, ai vem um concurso e muda tudo, como se retira um profissional que está a 20 anos naquele território? Isso é romper com um vínculo muito grande (Raissa)

Quando questionamos sobre o tempo em que estas profissionais atuam na saúde, a intenção era observar se sua inserção se deu somente no município de Niterói. Apesar de haver pequenas diferenças entre ‘tempo de inserção na saúde’ e ‘tempo de inserção em Niterói’, foi possível observar que algumas entrevistadas atuaram e ou atuam em outros campos do serviço social. Fernanda, por exemplo, atua em um outro município no campo da

assistência social e já atuou como docente, durante mais de 10 anos. A trajetória destas profissionais, tornam seu protagonismo ainda mais evidente, e a descrição de suas trajetórias permite observar que elas se atualizam, fortalecendo o processo de educação permanente em saúde. A entrevistada Joana, que não fez cursos de pós-graduação, se atualizou a partir de cursos de capacitação ofertados pelo município através de parcerias e por outras instituições de ensino.

Outro aspecto importante nesta característica de trabalho é que a experiência e o conhecimento do trabalho em outros campos, permitem o estabelecimento e o gerenciamento de uma rede de atenção a serviços que garantem maiores possibilidades de integralidade, principalmente porque o trabalho de assistentes sociais e da saúde como um todo é fortemente marcado pelo aspecto humano, uma vez que ocorre a partir do encontro entre sujeitos. Assim como na fala de Raissa, a longa permanência também contribui para o fortalecimento de vínculos tanto entre os profissionais, quanto na relação profissional-usuário

Em um sentido geral quatro das sete assistentes sociais entrevistadas fizeram algum curso de pós-graduação. Todas possuem experiência em mais de um campo de atuação do serviço social, e possuem entre seis e 36 anos de atuação no município. Elas não apresentaram interesse em atuar fora do campo de serviço social, porém suas trajetórias se traduzem em experiências bastante diversificadas. Fernanda atuou na educação de ensino superior, Dalva atuou em unidades de saúde, e na gestão da saúde, Cristina atuou em conselho tutelar, colônias de Hanseníase e hospitais, Celina atuou em abrigos de menores, Raissa trabalhou em abrigo e na saúde de outro município, Sônia trabalhou em um albergue e Joana atuou também como docente. Toda a experiência adquirida antes e durante o processo de trabalho no município destas profissionais fortalecem e contribuem de maneira significativa para a saúde do município, dado o potencial de articulação e conhecimento das políticas em campos diversificados que permitem uma maior transitoriedade entre elas, no âmbito da educação. Fernanda, apresenta de maneira clara e eficaz uma ilustração para explicar a relação entre a teoria e a prática do serviço social. A referida frase foi inserida na resposta à pergunta número 14.

7.1.2 Relações Entre O Perfil Da Unidade, Perfil Da Atividade

A relevância do tipo de unidade de saúde onde as entrevistadas estão inseridas se expressa na discussão sobre o trabalho desenvolvido por elas nas instituições que compõem a atenção básica de Niterói. Contribuiu também para a compreensão do papel de cada

instituição. As entrevistadas de policlínicas atuam em grupos de prevenção e cuidado; gerenciam programas, articulam redes, tanto para o atendimento quanto para a realização de projetos; atendem os usuários e atuam no programa bolsa família, nos componentes correspondentes ao campo da saúde. As três profissionais oriundas das policlínicas apresentaram a performance institucional no campo dos grupos ligados a APS, como o grupo de tabagismo, gestantes, hipertensão e outros, cuja participação do assistente social é muito ativa, pois na maioria destes grupos são as assistentes sociais que coordenam seu funcionamento em conjunto com a equipe multiprofissional. No que tange ao trabalho realizado por elas, o foco se deu principalmente na promoção da saúde através da disseminação de informações e prevenção de doenças e agravos, reforçando o conceito de saúde ampliado.

Eu atuo na policlínica com programa de HIV e Tuberculose que são programas que, na minha avaliação, também demanda muito a questão social né? (Cristina).

Aqui eu comecei a trabalhar com mulheres. Então tinha uma enfermeira chefe na época, a ginecologista e uma outra auxiliar, e a gente começou a planejar: fazer grupos de gestantes, de planejamento familiar, porque a gente tinha métodos e a médica na hora lá no consultório explicava sobre os métodos e não existia isso ainda. Então a gente começou a fazer grupo de planejamento familiar, gestantes a gente fazia grupos de 5 a 10 gestantes, ela mesma [ginecologista] fazia o teste de gravidez para ver se estava grávida, então era muito legal. Então eu aprendi muito e continuei trabalhando por muito tempo na área da saúde da mulher. (Sônia)

Nesse momento Sônia relata ter feito cursos para ampliar o aprendizado na área e prossegue:

E eu consigo fazer grupo até hoje de planejamento familiar, aí veio a vasectomia, a laqueadura né? E eu continuo fazendo isso, aí o que eu faço (antes da pandemia): Mulheres gestantes que faltam muito as consultas, eu vou em busca dela para saber o que aconteceu; mulheres que acabaram de ter bebê, eu entro em contato para saber como foi, a necessidade do retorno dela com 45 dia para escolher um

método [contraceptivo] aí ela participa do grupo de planejamento, pra trazer o bebê para tomar as vacinas, pediatria. (Sônia)

O PMF, desenvolve articulação de rede e apresenta também o diferencial da supervisão dos profissionais das equipes na orientação e na criação de estratégias para os serviços de saúde além da resolução de questões mais complexas que carecem de intersetorialidade e intervenção da gestão.

O Programa [Médico de Família] tem cinco regionais, eu atuo na região X¹⁸, que contempla X¹⁹ unidades de saúde. E aí cada unidade dessas tem entre uma e três equipes [...] eu atuo dentro de uma equipe de supervisão, como supervisora de serviço social. Dentro dessas unidades a gente tem equipes de saúde, são equipes que atendem determinado território adscrito mesmo, a gente tem os mapas daquele território, quantas casas tem ali, quantas pessoas moram dentro daquelas casas. E aí cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários, tem equipes que tem três agentes e tem equipes que tem quatro agentes, aí depende do território.

A gente tem uma equipe de supervisão de apoio a essas equipes que trabalham ali [nos territórios]. A equipe de supervisão é composta por um médico clínico, um médico ginecologista, um médico pediatra, assistente social, supervisora de saúde mental, supervisora de enfermagem e supervisora de saúde coletiva. E aí a gente é coordenado por uma pessoa que é a coordenadora dessa regional. Então a gente trabalha muito mais com as equipes do que com a população. (Raissa)

As profissionais de UBS se referem à unidade destacando seu papel de prevenção e disseminação de informações. Porém no que tange ao trabalho feito por elas, houve ênfase no atendimento de demandas diversas dos usuários e articulação de rede, não somente no campo da saúde e no âmbito público, mas também a interlocução com a assistência social e escolas do município e do estado, além da articulação com instituições privadas e de caridade. Destaca-se aqui a ideia de construção de cidadania

¹⁸ Optamos por ocultar a regional para proteger a identidade para garantir o sigilo vinculado a pesquisa.

¹⁹ IBDEM nota 11.

O papel do assistente social em uma Unidade Básica de Saúde vai estar muito vinculado a lógica de que saúde não é ausência de doença. Então a gente vai trabalhar numa lógica de construção de cidadania, mesmo. Então a gente trabalha por exemplo a prática de educação em saúde que o papel informativo de passar informações sobre os mais diferentes temas, que é o papel de esclarecer sobre direitos, sobre acesso a redes né? Que redes o município tem, que serviços essa população conta, então o serviço social, numa unidade básica de saúde, ele faz esse papel, ele tem essa função de possibilitar o acesso a direitos. A gente não garante direitos, mas eu possibilito o acesso porque, tem uma questão que eu acho muito interessante: que o direito só faz sentido quando eu o reconheço, então muitas vezes a população, ela não reconhece o seu acesso e aí é que entra o serviço social com o acesso de informação, articulando redes, viabilizando essa articulação de rede e trabalhando nessa construção de cidadania.

(Fernanda)

Cabe ressaltar que as policlínicas também desenvolvem o papel articulador. O programa saúde na escola por exemplo, é realizado nas escolas, e existe também o interesse dos profissionais de saúde de realizar ações em diversos espaços, públicos e privados, tais como salões de beleza, com foco na prevenção de doenças e informações sobre contágio de Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs por exemplo.

Sobre o programa saúde da família, a descrição do serviço destaca as ações de prevenção, conhecimento do território e acompanhamento da população atendida. Já na descrição do trabalho, o foco é a supervisão, orientando os profissionais na busca da potencialização do conceito ampliado de saúde. As profissionais supervisoras, atuam entre cinco e oito módulos do médico de família sendo cada módulo composto por pelo menos uma equipe que possui um médico generalista, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Foi relatado também intervenções de articulação em alguns casos, no campo do PMF o protagonismo aparece na atuação dos agentes comunitários de saúde - ACS, profissionais que demandam escuta privilegiada das supervisoras pois eles conhecem o território e trazem as principais demandas da população local. Em outras palavras é através dos ACS que melhor se enxerga o território.

A demanda chega para gente, da população, através dessas equipes né? A gente atende a população de usuários, seja atendimento nas unidades, ou visita domiciliar, porque, uma coisa que eu acho muito importante no meu olhar enquanto assistente social é, no programa, é você conhecer a casa das pessoas, você conhecer a família daquela pessoa para você entender qual é a realidade social de fato daquela pessoa né? Por exemplo: as vezes você tem um paciente que chega no posto toda semana com uma crise alérgica, e aí se você conhece a casa daquela pessoa você sabe que não tem uma janela, que o ar tem que passar sabe? Dorme todo mundo junto ali, então é importante saber para você orientar de acordo com a realidade daquela pessoa. Então os médicos vão às casas daquelas pessoas, os agentes estão o tempo todo, a gente da supervisão vai também nas casas dessas pessoas, então eu acho que isso é fundamental para a qualidade do serviço. Não é só o usuário que vai na unidade de saúde sabe? A gente também, até pelo vínculo mesmo com o usuário né.

(Raissa)

No âmbito da gestão da saúde do município o foco da descrição é o planejamento de ações a serem realizadas de acordo com cada tipo de instituição. Orientações e articulações também são necessárias, e a captação de recursos e definições de orçamentos e estratégias de potencialização da efetividade da utilização dos recursos adquiridos também são visualizados nesse campo. Dalva, sobre o cargo de gestão afirma:

Na gestão você tem capital político e um potencial de poder pra intervir em situações em benefício dos usuários. (Dalva)

Trata-se de uma posição estratégica para o serviço social, pois viabiliza a realização de uma gestão comprometida com o olhar ampliado do profissional de serviço social que possui na sua formação o reconhecimento da necessidade de articulações e de planejamento em rede para a plena efetivação das políticas, planos, programas e projetos a serem implantados. Isso aparece na descrição do trabalho, que é apresentado como efetivo no campo do planejamento sob uma perspectiva ampla, que pensa os determinantes de saúde para além da relação saúde doença, pensando ações que garantam a integralidade. Em resposta a pergunta número cinco do instrumento de entrevista Dalva apresenta a seguinte resposta

Eu trabalhei muito nessa questão da garantia de direitos, com atendimentos individuais, processos mais coletivos. Tive inserção em movimentos sociais, gestão, planejamento, pesquisa, eu acho que construí uma trajetória que para mim é completa. Então assim, atuações interprofissionais, processos transdisciplinares, porque tem uma hora que você atua de uma forma tão relacional que você absorve conhecimentos, que até então não fazia parte, você agrega, você absorve, você não vai ser médico por causa disso, mas tem processos que são comuns e você troca muito e você incorpora conhecimento.

(Dalva)

O conteúdo das entrevistas mostra que a atuação das assistentes sociais do município baseia-se na ideia de articulação de rede, já que são principalmente estas profissionais que fazem contatos com outras instituições para a realização de programas e projetos da saúde, sempre visando a integralidade da oferta dos direitos aos usuários.

7.1.3 Pertinência Entre Atividades E O Escopo Profissional

As entrevistas demonstraram que as assistentes sociais identificam grande compatibilidade entre suas atividades e o escopo previsto para esses profissionais. Assim, cinco das sete entrevistadas afirmaram não identificar atividades fora do escopo. Para elas o serviço social é uma profissão que possui um caráter articulador permitindo sua inserção com o olhar social em quase todos os serviços da atenção primária em saúde. Este aspecto é positivo dada a posição de destaque do assistente social para a percepção dos determinantes sociais de saúde, além do caráter informativo e o posicionamento em favor da classe trabalhadora e, portanto, dos usuários dos serviços de saúde. Porém, diante do conteúdo relatado pelas entrevistadas foi possível observar algumas atividades que seriam melhor desenvolvidas pela equipe profissional, ou de papel aparentemente de outros profissionais que são encaminhadas para o serviço social. Algumas entrevistadas, ao citar exemplos de atendimentos, falaram a respeito de situações que poderiam ser feitas por outros profissionais, mas que costumeiramente são direcionadas ao serviço social.

Eu sempre costumo dizer, e eu dizia muito isso para os meus alunos, que se eu não sei o que eu faço, alguém vai me dizer o que eu tenho que fazer, então eu acho que é muito importante que o

profissional consiga ter a clareza da delimitação do seu papel (Fernanda)

Isso é uma situação muito delicada né? por que quando a gente passa pela nossa formação a gente é muito chamado a atenção para essa questão porque muitas vezes existe uma falta de conhecimento dos demais profissionais né? até mesmo de direções da função que na verdade compete ao assistente social desempenhar, mas isso assim, com muita delicadeza e com muita seriedade profissional você vai apresentando quais são as nossas funções e os nossos limites. (Celina)

Entretanto isso não foi colocado como algo ruim, pois, o conceito de questão social, expresso nos fenômenos aparentes, se apresenta como necessidades que consideram múltiplos fatores. Um exemplo citado foi o de usuários analfabetos, que apresentam dificuldades de tomar os medicamentos, geralmente encaminhado para o serviço social. Um encaminhamento para essa questão envolve a criação de estratégias que possibilitem ao usuário adquirir autonomia no uso do medicamento. Sabe-se que o letramento em saúde associa-se a escolaridade e é uma questão importante na qualidade da atenção na APS e deve envolver os diversos profissionais e fazer parte da formação em saúde (MARQUES, ET. AL, 2018) Isso não se limita somente ao medicamento. Em alguns casos a estratégia selecionada para abordar uma melhor compreensão sobre medicamentos, permite a autonomia do usuário em outros campos como por exemplo a utilização da estratégia de uso dos medicamentos para outras atividades do seu cotidiano.

Mesmo com a sobreposição de atividades, o assistente social se insere de maneira efetiva nos campos em que existe demanda para sua atuação. Quando a situação não pode ser resolvida pelo assistente social, este recorre a equipe articulando com os profissionais para chegar a uma melhor solução para os usuários.

Ainda neste tópico, duas profissionais falaram sobre uma atividade que poderia ser realizada em equipe, mas que por padrão é direcionada ao assistente social que são os processos administrativos. Elas, entretanto, fazem menção à necessidade da participação de outros profissionais no processo, pois nem sempre a demanda de atividade pode ser resolvida por um assistente social. Mesmo assim, elas afirmam aproveitar essa situação para identificar possíveis necessidades dos usuários, que não estão aparentes, mas que, ao serem melhor observadas podem demandar uma intervenção.

Quando uma pessoa precisa de algum recurso do município, ela entra com um processo administrativo e isso chega à unidade de saúde de referência local dela, e a gente entra em contato com essa pessoa. Muitas vezes são fornecimento de medicações, alimentação específica que é caríssima e a pessoa não tem condições de custear, são muitas questões. São esses processos administrativos que acabaram vindo para o serviço social. De uma forma ou de outra, existe uma atuação que o serviço social pode realizar, mesmo nesse trabalho, pois ele não é totalmente avesso as nossas atribuições, mas é um campo de atuação que é muito restrito, aonde a nossa profissão tem uma atuação muito restrita. Então aos pouquinhos eu fui conversando e fui colocando e, enfim, eu não desenvolvo mais esse trabalho. (Celina)

O que a gente sempre questionou são os processos administrativos, porque eles direcionam tudo, e as vezes não é uma questão de esclarecer nada para o usuário, é uma questão só de ligar, disso daquilo, não sei o que, as vezes é uma coisa que é com o médico e aí bota a gente para intermediar. Isso aí é um pouco questionável. Tem coisas que eu acho que até faz sentido a nossa atuação, mas na maioria das vezes não. (Cristina)

Extrapolando o campo da saúde, as profissionais disseram sentir falta da inserção de assistentes sociais no campo da educação, no município. Esta percepção se dá principalmente pela integração desses profissionais nos projetos de prevenção e saúde na escola, desenvolvidos em Niterói. Durante as entrevistas foi possível ver que em algumas ações, assistentes sociais identificaram demandas na escola pertinentes a profissão, que foram encaminhadas a direção da instituição para resolução. A identificação destas possíveis demandas e a presença no território comum, levaram a esta percepção.

Outro objetivo nosso foi tentar captar que atividades as assistentes sociais entendem que deveriam ser incluídas no seu escopo de atividades. Da mesma forma que na pergunta anterior as profissionais consideram que, devido a amplitude da profissão de serviço social e da abertura que estas profissionais têm na saúde do município de Niterói, todos os espaços da saúde podem ter a participação de um assistente social, obviamente respeitando o campo formativo da profissão.

O assistente social não pode fazer o trabalho do médico, mas pode, no trabalho em equipe com o médico criar estratégias para que os usuários alcancem as metas necessárias para garantir o tratamento proposto. (Joana)

A questão da autonomia é uma das discussões centrais para o serviço social. O entendimento de autonomia pode variar bastante, quando se pensa em relação ao que é necessário e ao que é possível em uma dada realidade. Nas análises dos autores da área a autonomia é limitada pelas características das políticas sociais no capitalismo, o que faria do assistente social um trabalhador com fortes limites, dados pelas condições sociais e não pela gestão cotidiana. Na pesquisa as profissionais refletem sobre autonomia a partir da dimensão mais concreta, do fazer cotidiano. Assim, elas afirmaram possuir autonomia no ambiente de trabalho, e ao longo da pesquisa foi possível perceber que esta autonomia e liberdade de atuação se deu principalmente pela participação de assistentes sociais na gestão das políticas de saúde do município desde os primórdios da implantação do SUS. Cabe ressaltar que Niterói já teve uma assistente social como secretária de saúde, cuja última gestão foi entre os anos de 2017 e 2020.

Raissa, que é profissional com vínculo de contrato de trabalho, o mais precarizado de todos, afirma ter mais autonomia em Niterói do que no outro município em que ela ocupa um cargo em regime estatutário, o que nos surpreendeu bastante. Desse modo ficou fortalecida a ideia de que a intervenção do assistente social no município é bastante autônoma e respeitada.

Possuo muita autonomia. Eu sou contratada em Niterói e eu sempre falo isso, em todos os lugares, quando eu estou falando do meu trabalho, tomando cerveja ou até num espaço mais institucional, que eu tenho uma autonomia em Niterói que eu não tenho no outro município em que atuo como concursada²⁰ (Raissa)

7.1.4 O Relacionamento Com Outros Profissionais E O Trabalho Multiprofissional

Nas perguntas formuladas para abordar esse ponto, as repostas das entrevistadas afirmam existir um bom relacionamento em equipe, respeitando as particularidades de cada profissão e a subjetividade dos integrantes.

²⁰ Ocultamos o nome do município com o objetivo de garantir o sigilo, impedindo uma possível identificação da entrevistada a partir deste dado.

De um modo geral as entrevistadas relatam possuir relação com todas as categorias profissionais da instituição, sendo principalmente, a categoria da enfermagem, quando a inserção se dá em policlínicas e UBS. Supomos que esta proximidade ocorra por se tratar de grupos profissionais (enfermeiros, técnicos) categorias profissionais voltadas para o cuidado, mais acessíveis e que complementam os saberes dos assistentes sociais. Trata-se também de uma categoria profissional muito ativa nas equipes de saúde deste município.

Eu sou uma pessoa muito sortuda, abençoada na equipe que eu peguei. Eu lido com enfermeiros e enfermeiras maravilhosos. Eu acho que, [ela cita nomes de duas enfermeiras] que estão comigo desde o início da minha trajetória: eu aprendi muito com elas, muito! [ela cita outro nome de um enfermeiro] então a gente, o serviço social e a equipe de enfermagem, a gente avança em alguns momentos e em outros não, para um trabalho mais do que multidisciplinar. Teve alguns momentos que a gente chegou no Interdisciplinar [ela levanta as mãos sinalizando um alto patamar de unidade profissional], era²¹ assim uma articulação tão bem construída entre o serviço social e a equipe de enfermagem por exemplo no campo do planejamento familiar, que o usuário não conseguia definir quem era o que. (Fernanda)

Nos módulos do Médico de Família, Raissa sinaliza que tem mais contato com os ACS. Conforme citado na pergunta número seis, Raissa aponta que os ACS trazem as questões do território, eles conhecem o local. Entendemos por isso que o olhar dos ACS permite uma melhor compreensão do território sendo, por isto uma categoria profissional que demanda mais interação e protagoniza as relações na APS.

Eu me relaciono muito com os ACS né, porque são eles que estão ali o tempo todo e que são das comunidades, que conhecem a realidade e eu trabalho muito com eles para que eles tenham um olhar diferente né, porque eles moram ali, eles conhecem as pessoas são amigos são pessoas. (Raissa)

²¹ A entrevistada se refere ao passado devido a suspensão da realização dos grupos durante o período da pandemia da Covid-19. Essa informação foi relatada ao longo da entrevista.

Celina ressalta o suporte que recebe da equipe de psicologia por exemplo, já que ela atua em um grupo de tabagismo ligado à saúde mental. Da mesma forma Joana, ao citar o exemplo de uma visita domiciliar, ressalta a importância técnica de outros profissionais. Dalva destaca o aprendizado que a interação com profissionais de várias formações proporciona, assinalando que isso lhe permitiu agregar muitos saberes que são importantes para sua atuação na gestão. Podemos dizer que as assistentes sociais entrevistadas reconhecem tanto a existência quanto a importância do trabalho em equipe para o fortalecimento da saúde da família. É importante dizer que este modelo, de APS multiprofissional, é uma característica forte e importante da ESF brasileira, não sendo, por exemplo o que é preconizado por Starfield (2012), cuja proposta está muito mais centrada na expansão do trabalho médico e de enfermagem.

7.1.5 Relevância do Trabalho do Assistente Social para a APS de Niterói

De forma unânime, as profissionais apontaram a capacidade de percepção abrangente do assistente social no trato do conceito ampliado de saúde. A relevância da profissão na observância dos determinantes sociais são ponto chave na descrição. Nas respostas ficou visível que a visão ampliada da profissão permite um olhar diferenciado para o processo saúde doença, potencializando a atuação também sobre as condições sociais da saúde. Outros aspectos importantes levantados foram, a capacidade de trabalho em equipe, a inserção de maneira facilitada em diversos campos da saúde, a observação de questões que passam despercebidas por outros profissionais, a articulação de rede, a formação no campo das políticas sociais e a consequente tratativa do assistente social ao considerar a saúde como uma política social.

Em virtude da importância das respostas a esta questão, julgamos necessário apresentar alguns trechos das entrevistas em que as profissionais respondem essa questão: Dalva diz:

Se eu estou trabalhando na gestão, em determinados aspectos da profissão eu vou ver em outro patamar, mas eu não vou deixar de olhar para isso. Eu estou aqui porque sou assistente social. Porque tive essa formação, porque eu compreendo a importância disso, eu compreendo a importância do planejamento, eu compreendo a importância da gestão. Na gestão você tem capital político e um

potencial de poder para intervir em situações em benefício dos usuários. (Dalva)

A fala da Dalva é rica em conteúdo sobre o debate do trabalho do assistente social na gestão, mais do que isso, a afirmativa acima agrega a compreensão do olhar ampliado, gerado pela profissão, e a potencialização da atuação de um assistente social gestor.

O documento elaborado pelo CFESS intitulado parâmetros para atuação do assistente social na saúde, discorre sobre o trabalho do assistente social na gestão da saúde. O texto reforça a necessidade do estabelecimento de um trabalho comprometido o projeto ético-político (CFESS, 2010, p.61). Esse comprometimento é crucial para a atuação do assistente social na gestão, a própria fala da entrevistada apresenta a prerrogativa do “capital político e potencial de poder para intervir em benefício dos usuários”, essa intervenção se dá também nos espaços ocupacionais do serviço social, porém na gestão, essa prática pode ser potencializada.

Sônia aponta a importância do assistente social olhando para sua intervenção, que se dá atualmente no planejamento familiar. Ela cita colocação de DIU²², laqueadura, vasectomia, orientações sobre o uso de contraceptivos entre outros, além disso a fala sobre a relevância do assistente social é pautada na sua intervenção para o diagnóstico precoce:

Eu acho muito importante porque tem muita coisa que chega no hospital sem necessidade né? Até por perder muito tempo né? Por não saber o que tem, eu acho assim, a atenção primária é o início de tudo né? (Sônia)

O planejamento familiar no Brasil é regido pela Lei nº 9.263/1996 que de acordo com o Artigo 3º afirma que: “O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (BRASIL, 1996). Vedando a sua utilização para controle demográfico e preconizando saúde e prevenção. Por isso a colocação de Sônia contribui em dois aspectos: O primeiro no que tange a saúde da mulher, do homem e do casal devido ao trabalho também com vasectomia, este trabalho é um campo frutífero para o Serviço social pois, suas ações, quando direcionadas a uma prática orientada pelo projeto ético-político, utilizará das ferramentas disponíveis para a promoção da saúde. Trata-se de uma atuação muito relevante,

²² Dispositivo Intrauterino.

também pedagógica, nesse cenário de retrocesso cultural, em que a saúde sexual e o uso de métodos contraceptivos podem ser associados a comportamentos alvo de críticas.

Essas ferramentas se apresentam como conteúdo informativo, encaminhamentos, atividades de grupos e acompanhamento, relatadas pela entrevistada como atividades do cotidiano. O outro aspecto, corresponde a criação e manutenção dos vínculos dos usuários com a unidade. Este aspecto é de suma importância para a continuidade do cuidado que é característica da proposta da saúde da família. Soma-se a isso a articulação da rede, promovida por estas profissionais pelo comprometimento de potencializar o acesso do usuário.

Eu tento resolver e quando eu não sei, eu ligo para alguém, porque eu conheço muita gente, porque nas reuniões eu sempre estou né? Então a gente faz uma rede de uma tentar ajudar a outra e é tudo a rede primária né? O início de tudo é aqui, porque se resolver aqui, não vai chegar no hospital. (Sônia)

Percebe-se na fala da profissional o objetivo de promover aos usuários o acesso aos serviços para prevenção e diagnóstico precoce, apontando que o trabalho de prevenção evita agravos de doenças (o citado “chegar ao hospital”). Ao mesmo tempo, vimos que existe uma informalidade, ou mais que isso, uma dimensão muito pessoal dessa articulação.

Cristina entende a relevância da profissão como um espaço de escuta para promover o acesso aos direitos:

Olha, eu acho que o trabalho do assistente social é muito em cima dos direitos e de ouvir os usuários, dar espaço para a voz do usuário. (Cristina)

Ela cita também a articulação de rede ao apontar o exemplo de uma usuária que havia sido atendida antes do início da entrevista:

Por exemplo o atendimento que a gente fez aqui, ela veio trazer uma situação de uma unidade que não é nossa e a gente não tem como intervir, como eu vou tentar ampliar o espaço dessa usuária que não é da minha unidade? Ai a gente teve que fazer uma ponte com a profissional da outra unidade para ela lá buscar ampliar aquele espaço

do usuário naquela unidade para que ela consiga ter sucesso no seu atendimento. (Cristina)

A colocação a respeito da articulação e encaminhamento de acordo com a regionalização de cada unidade é fundamental para a cobertura da população usuária dos serviços, o destaque e o reconhecimento da entrevistada sobre a relevância do serviço social nesse processo demonstram o comprometimento com uma prática profissional que se posiciona a favor do usuário. Reforçamos aqui que a regionalização é importante devido ao conhecimento do território, assim como apontou Raissa: o conhecimento a respeito do território e dos usuários potencializa a prática dos profissionais.

Fernanda aponta o olhar ampliado do assistente social como diferencial de sua prática profissional, além disso ela sinaliza os determinantes sociais de saúde como objeto de trabalho fazendo uma associação com a qualidade de vida. Vemos também a crítica a concepção de saúde como ausência de doença, o reforço ao exercício da cidadania e a saúde como uma política social.

Então, o ingresso do assistente social na saúde traz uma caracterização de romper com a lógica de que saúde é ausência de doença, então, se eu penso a saúde, não só como ausência de doença, eu penso a saúde como qualidade de vida; e aí, ter qualidade de vida é discutir violência, ter qualidade de vida é acessar alimentação, ter qualidade de vida é pensar acesso à rede de proteção, ter qualidade de vida é ter informação, é ter orientação, é ter acolhimento; isso está para além de cuidar da saúde, deu para entender? (...) E aí, puxando muita sardinha pro nosso lado, eu acho que não tem profissional melhor do que o assistente social para ter esse olhar, porque a gente pensa a saúde como política social; e aí a gente insere a saúde numa outra perspectiva, a gente insere a saúde enquanto direito de cidadania, a gente articula saúde com assistência, a gente pensa a saúde como acesso, então a gente vai trazer, para aquele grupo que frequenta a unidade básica de saúde, um ganho que rompe com aquela lógica medicalocêntrica entendeu? A lógica de que o centro da saúde é o médico. (Fernanda)

Destacamos também a fala de Celina, a respeito desse tema:

o serviço social, na sua percepção mais abrangente, na sua sensibilidade, pode colaborar para que aquela pessoa viva melhor, de uma forma até além do que aquilo que ele tenha expressado, então, eu acho que a colaboração, a importância é essa: é a de você poder, de alguma forma, colaborar para que a vida daquela pessoa seja melhor, para que ela esteja de uma forma, mais plena, mais feliz, mais realizada, integrada na sociedade, no seu contexto, no seu trabalho, na sua vida afetiva, na sua vida familiar, na sua vida profissional, então, é um trabalho muito de corpo a corpo, mas que muitas vezes, até mesmo por uma questão de dificuldade de tempo, de horário ou por uma questão até mesmo de desconhecimento, ou por uma questão até mesmo de ainda não perceber essa necessidade ele acaba abrindo mão até mesmo de viver melhor né? De viver com acesso àquilo que ele poderia ter acesso, que tornaria a vida dele melhor. (Celina)

Entendemos que a fala de Celina coaduna com a fala da Fernanda, o viver melhor destacado pela assistente social faz referência a qualidade de vida dos usuários, a ideia de integração trazida no texto remete ao conceito de equidade, pensando a garantia de acesso aos direitos que muitas vezes o usuário não tinha conhecimento, trata-se do olhar que vai além da aparência, mas que busca a essência do fenômeno tentando garantir a integralidade do ser.

É importante pontuar que os determinantes sociais de saúde considerados nesse trabalho, são os direitos preconizados no relatório final da 8ª conferência de saúde, que compreende os direitos sociais, como por exemplo o direito à moradia, ao saneamento e outros que ofereçam condições de vida e saúde garantindo o exercício da cidadania. Concordamos com a fala das entrevistadas no que diz respeito ao papel do assistente social nesse processo, pois a formação do assistente social busca promover uma perspectiva mais ampla dos direitos sociais com o objetivo de alcançar a integralidade dos serviços, entretanto, e aí voltamos à questão maior da autonomia, os esforços dos assistentes sociais, embora caminhem nesse sentido, não são capazes de preservar o acesso a direitos que somente o Estado pode garantir.

Joana destaca a relevância do profissional de serviço social no acolhimento:

Na recepção desses usuários que vem em busca de um auxílio, de uma orientação, o acolhimento é um instrumento primordial no nosso

cotidiano, no nosso dia a dia, então assim, muitas vezes a gente faz (eu não gosto de usar essa palavra né? mas eu não estou conseguindo ter uma palavra melhor) uma ponte. Muitas vezes a gente vai fazer visita domiciliar, a gente vai com um profissional médico ou profissional de enfermagem até para orientar essa família pois existem informações técnicas que só os profissionais da área de medicina e da área da enfermagem tem, mas somente essas intervenções, não dão conta da realidade social então a gente enquanto profissional de serviço social está ali para fazer essa mediação. (Joana)

Essa competência da profissão é importante para uma análise ampliada da realidade dos usuários. Novamente, ao citar que as outras categorias profissionais isoladas não dão conta da realidade social, ela aponta o olhar ampliado do serviço social. No exemplo citado da visita domiciliar, o assistente social pode auxiliar o usuário a estabelecer estratégias para o cuidado no trato de doenças e prevenção de agravos, ou, fazer a articulação para que o cuidado necessário a ele se efetive.

Raissa coaduna com a fala de Joana e problematiza também a postura dos profissionais em relação aos usuários destacando como os assistentes sociais podem trabalhar essas questões a partir de um entendimento mais complexo do contexto:

Eu acho que é fundamental para que a gente trabalhe olhares que às vezes passam despercebidos por outros profissionais sabe? É isso. Desde o acolhimento do usuário até uma situação de violência. (Raissa)

Com o objetivo de se colocar de maneira clara, Raissa cita um exemplo, em que coloca em questão o julgamento moral mais comum na sociedade, mostrando que o assistente social é capaz de ultrapassar esse tipo de visão:

Uma mulher que tem, sei lá, 3 filhos e o de 15 anos cuida do de 10 e do de 8 e essa mulher sai para trabalhar porque ela precisa, ou ela morre de fome, ou ela vai sustentar os filhos, e aí, no início eles diziam: a gente tem que denunciar para o conselho tutelar, e aí eu fui conversando com eles: gente não, olha só, vamos pensar: ela não está abandonando, negligenciando esses filhos, qual é a realidade social dessa dessa família? Ou a mãe sai para trabalhar

para sustentar os filhos ou?... Vamos ver se ela consegue alguém, se tenha ali um vizinho que ajude a criar uma rede para que essas crianças não fiquem sozinhas? Então assim tem um outro olhar e isso é fundamental na saúde da família. (Raissa)

A fala de Raissa aponta o papel educador do assistente social, a prática do diálogo com profissionais e a busca pela expansão do olhar profissional contribui de maneira significativa para o avanço dentro das equipes. Quando uma equipe de saúde tem a oportunidade de refletir sobre uma situação que se manifesta como uma expressão da questão social, todos ganham. Isso porque o olhar crítico e ampliado potencializa o acolhimento e o aporte que aquele usuário precisa. Além disso, a demonstração de possíveis alternativas para atenuar a situação e sobretudo o diálogo para descriminalizar a usuária, demonstra uma prática comprometida com o projeto ético-político da profissão, em favor dos usuários e a reflexão a respeito dos atenuantes da realidade aparente. Assim se produz uma atividade orientada pela compreensão da essência daquela situação e logo a frente a tentativa de uma intervenção naquela realidade. Isso também tem um efeito educativo no ambiente. Ou seja, ao abordar desse modo uma situação, havendo um contexto de trabalho compartilhado com outros profissionais, viabiliza novas reflexões sobre a realidade permitindo a criação de uma outra mentalidade, uma outra forma de pensar sobre as expressões da questão social.

7.1.6 O Exercício Profissional Frente Aos Fatores Políticos E Institucionais

Quando perguntados sobre aspectos de cunho político, de recursos e institucionais que pudessem dificultar ou potencializar o trabalho, as falas das entrevistadas trouxeram um foco maior sobre os recursos materiais como um dificultador, apesar do município garantir boa parte do material necessário para atuação. A falta de medicamentos, por exemplo, foi citada como um dificultador; veículo para realização de visitas domiciliares (no caso das policlínicas que possuem uma área mais ampla de abrangência). Isso faz com que, por vezes os profissionais assumam como pessoais as necessidades institucionais. Há a percepção de que isso não é uma realidade local e sim uma situação abrangente. Outros problemas foram relacionados ao sistema de dados da saúde, e a rotatividade de profissionais de outros setores da rede municipal, como a assistência social, apresentados como possíveis dificultadores.

A escassez de recursos, hoje você vê a saúde sendo enxugada, a demanda da população sendo reprimida porque não tem pra onde escoar. Aí a gente orienta o usuário a ir buscar o serviço jurídico e,

muitas vezes, o jurídico também não dá resposta, ou o jurídico perde a sua força quando se coloca em favor do usuário. Isso aí é real, isso aí não é uma questão pontual na unidade básica, isso aí eu acho que é uma coisa do momento que a gente está vivendo. Recursos escassos, tanto para área social quanto para a área de saúde. Isso aí eu acho que é um grande entrave. (Cristina)

A gente está sem telefone. A gente faz visita domiciliar (graças a Deus a maioria é perto) a pé, e quando é muito longe, com muita dificuldade a gente consegue um carro (muito difícil). Aí gente tem que fazer uma troca com a direção, aí libera uma tarde, libera um não sei o que aí a gente as vezes gasta a sua... [a fala deu a entender que nessas situações ela usa os recursos próprios], para ir fazer essa visita e não deixar o usuário. É isso. (Cristina)

7.1.7 Teoria E Prática Do Serviço Social no Seu Contexto De Trabalho

As profissionais acreditam que sua atuação está atrelada a teoria da profissão, para ilustrar as afirmativas transcrevemos uma metáfora apresentada por Fernanda para descrever essa relação:

A teoria é como o farol que ilumina a estrada escura, pois sem o farol a locomoção do carro fica prejudicada e pode causar acidentes, da mesma forma, sem a teoria como direção, a prática profissional fica prejudicada e a visão da atuação limitada. (Fernanda)

Essa afirmativa coaduna com o que foi discutido no decorrer da construção desta pesquisa, pensando a relação entre teoria e prática no serviço social. Foi possível observar ao longo das entrevistas que as assistentes sociais de Niterói apresentam uma prática profissional reflexiva. Suas falas apontam para um método que busca fortalecer o acesso dos usuários aos seus direitos considerando a essência das questões que se apresentam. Quando Sônia diz que, ao observar uma reincidência de gravidez, foi feita uma conversa para criar estratégias de uso dos métodos contraceptivos, quando Joana fala que outras categorias profissionais não dão conta da realidade social, quando Raissa fala da necessidade de trabalhar o olhar dos outros profissionais ligados ao contexto de vida dos usuários, quando Cristina fala sobre a necessidade de articulação para possibilitar o acesso de uma usuária aos serviços de saúde,

observamos uma prática profissional comprometida com a relação entre a teoria e a prática profissional.

As entrevistas demonstram um reconhecimento de uma atuação atrelada ao projeto ético político, a justificativa se deu pela execução de um trabalho articulado que preconiza o fortalecimento da contribuição para a garantia de direitos dos usuários. Trata-se de um trabalho comprometido, que se comunica, se movimenta e se organiza com o objetivo de atender as pessoas. Entretanto, Cristina manifesta reservas quanto à expressão projeto ético-político do serviço social pois a identifica com o campo marxista, do qual ela não se percebe uma integrante. Contudo, ao descrever sua prática profissional é possível observar um trabalho fundamentado na perspectiva de garantia do acesso dos usuários aos seus direitos. Sua fala também é crítica ao sinalizar preocupação com a fragilidade dos vínculos profissionais que vem sendo estabelecidos no município. Por isso, apesar da palavra projeto ético-político causar certo estranhamento, a profissional relata uma prática alinhada com a direção hegemônica da profissão.

7.2 OUTROS ELEMENTOS RELEVANTES QUE EMERGIRAM NAS ENTREVISTAS

Os resultados obtidos na pesquisa vão muito além do que foi aqui exposto. Porém, o tempo hábil para a conclusão do trabalho foi reduzido, devido ao processo para aprovação da pesquisa e sua realização. Julgamos importante apontar alguns desses aspectos obtidos durante as entrevistas devido a relevância que eles têm para este trabalho.

7.2.1 O Momento Histórico de Inserção das Assistentes Sociais em Niterói

Ao longo do trabalho apresentamos um resgate histórico ligado a inserção do assistente social na saúde, não encontramos muitos materiais específicos sobre o serviço social em Niterói, mas nas entrevistas foi possível obter os seguintes dados:

As assistentes sociais participaram ativamente do processo de construção da saúde do município, principalmente do contexto de implantação do SUS. Tal participação contribuiu significativamente para o diferencial do modelo de saúde de Niterói, que para além da semelhança com a medicina cubana, possui uma política de acompanhamento dos usuários de saúde, desde os grupos até a vacinação. Apresenta estratégias que potencializam os serviços de saúde de maneira a democratizar o acesso aos bens e serviços. Possui em seu quadro profissional um protagonismo do serviço social que não é visualizado em outros modelos de atenção, presentes no território nacional.

As profissionais que se inseriram ainda na década de 1980, portanto antes mesmo da criação do SUS, segundo afirma Dalva, atuaram ativamente no movimento de reforma sanitária, faziam parte de movimentos sociais e defendiam o projeto reformista de saúde. A própria Dalva em sua trajetória contribuiu significativamente para a implantação dos serviços de saúde do município. Curiosa sobre este processo questionei a entrevistada sobre a participação do serviço social na reforma sanitária e sua resposta foi a seguinte:

Na minha época, nós entramos na saúde e foi um reboliço! As assistentes sociais que entraram no estado em 1987 eram praticamente todas militantes, estavam atuando na militância da saúde e dos processos em geral. Por exemplo, as assistentes sociais entraram vinculadas a programas específicos, mas nenhuma de nós se limitou, ficou presa aos programas específicos porque a gente entendia o movimento mais amplo. Tinha uma marca muito forte da militância pela saúde e da militância política nos processos mais amplos, eu via muita intensidade do serviço social na militância. (Dalva)

Sobre a atuação do assistente social na direção de uma unidade Dalva afirma que inicialmente observou uma certa resistência. Nesse período Dalva estava à frente de uma unidade de saúde com pouca estrutura para dar conta da saúde do segundo maior bairro do município.

A primeira reunião, eu lembro até hoje, nunca mais eu esqueci, sabe aqueles olhares desafiadores? Que, tipo assim, olhava assim sabe: Vai dar conta? Porque, primeiro eu sou assistente social, mulher, então foi assim, um olhar altamente desafiador. (DALVA)

Após algum período de atuação ela relata o reconhecimento do diferencial do serviço social da seguinte forma:

Nisso que a gente foi trabalhando, foi havendo o reconhecimento, e aí a fala dos profissionais passou a ser diferente, e eles falavam assim: É, uma unidade dirigida por uma assistente social é diferente de uma unidade dirigida por um médico. Existem médicos muito bem-sucedidos na gestão, desde que tenha um olhar para a saúde pública, e um médico que olha apenas para o cuidado médico pode não dar conta de pensar a gestão pública, na sua dimensão mais ampla. Mas eles perceberam que havia um diferencial, existia uma preocupação, um

norte muito grande no acesso do usuário, individualmente, coletivamente, então o usuário que entra na unidade, ele não volta, ele pode não levar o que ele veio buscar, mas ele precisa ser acolhido, ser ouvido e ver o que pode ser feito, essa era a orientação básica. (Dalva)

Considerando o conteúdo estudado e os resultados obtidos na pesquisa podemos afirmar que, no momento histórico da reforma sanitária, ainda que nacionalmente a participação do serviço social tenha tido pouca expressão, no RJ havia um contingente de profissionais já comprometidas com o projeto reformista e boa parte destas profissionais se inseriram no município de Niterói. Reiteramos que a inserção destas profissionais no contexto de implantação do SUS e sua permanência nos processos de municipalização de hospitais e unidades de saúde, da organização e do planejamento da saúde contabilizam um grande diferencial para a saúde da região.

7.2.2 Assistentes Sociais: Liderança, Condução, Protagonismo, Planejamento e Definição de Ações em Niterói.

O tópico acima descreve um resumo das ações das assistentes sociais em Niterói. Conforme já apontado, o serviço social crítico, se insere em Niterói no período anterior a implantação do SUS. Por isso, a participação ativa destas profissionais, contribuiu na estruturação da saúde do município como uma atuação que não se restringia ‘a ponta’, como nos fala Dalva. Essa inserção fortaleceu de maneira significativa os serviços de saúde e abriu portas para o crescimento da profissão na atenção primária a saúde.

É uma característica de Niterói, e essa é uma característica muito importante que eu acho né? Que tem muito a ver com o papel que os assistentes sociais tiveram na montagem da saúde em Niterói. Então você vai ter atores muito privilegiados nesse processo né? Nomes que a gente não pode deixar como por exemplo Maria Célia, Zezé, que é uma galera que está desde o início da montagem, a Márcia Santana, que deram um lugar de destaque ao assistente social na política de Niterói. Então, em Niterói os assistentes sociais estão em várias coordenações de programas, em todas as policlínicas, nas unidades básicas. Essa é uma categoria que se espalha pela rede de saúde não só na ponta, mas também no nível de gestão. Eu acho esse um ganho que a gente teve na própria montagem da história na saúde de Niterói entendeu? A nossa

categoria teve um peso nessa montagem, e isso deu a gente uma visibilidade muito legal! Eu quando chego, já chego com essa história meio que montada né? Então eu acho que sou a geração que colhe um pouco os frutos desse processo. (Fernanda)

O serviço social em Niterói se insere nos mais diversos campos da saúde, não apenas como parte da equipe, mas muitas vezes na chefia e na coordenação das equipes. É o caso dos grupos realizados nas policlínicas, enquanto no modelo nacional os grupos são, em sua grande maioria, dirigidos por profissionais de saúde de outras categorias, em Niterói o serviço social protagoniza essa direção. Grupos como planejamento Familiar, Tabagismo, Saúde na Escola, Hipertensão e outros sempre tem em seu quadro um profissional de serviço social. Na pesquisa essa participação nos grupos apareceu principalmente na fala das assistentes sociais das policlínicas: Celina por exemplo, se especializou, ao longo dos anos de trabalho, na direção de grupos, e atua hoje em um grupo ligado a saúde mental: o de tabagismo, e essa direção não se trata apenas de liderar e gerenciar o grupo, mas de acompanhar os participantes, recorrendo a equipe para garantir o atendimento das dinâmicas dos usuários sob uma perspectiva de integralidade:

Eu vejo o assistente social como um profissional que muitas vezes integra o paciente aos demais serviços que a unidade pode oferecer, por exemplo, quando ele vem para mim, [o usuário] muitas vezes ele não tem nem cadastro dentro da unidade e a gente tenta fazer com que ele possa lançar mão, usufruir de todos os serviços que a unidade oferece. (Celina)

Ela relembra outros grupos que participou e aponta que:

O que eu procuro fazer é isso: tentar trabalhar aquele paciente que chega e inseri-lo nos serviços da unidade, atender àquela demanda que ele vem me apresentando, mas olhar além daquela demanda e tentar fazer com que ele possa usufruir também dos demais serviços, tendo um olhar mais abrangente também, não só para aquela demanda aparente, mas para muitas outras que podem estar por trás daquilo ali, que as vezes a pessoa não expressa ou que nas entrelinhas a gente percebe. (Celina)

Ao questionar sobre a participação da equipe nos grupos Celina destaca que na maior parte do tempo esteve acompanhada, tendo a oportunidade de atuar com profissionais de diferentes campos, dessa forma ela destaca a importância do trabalho em equipe multiprofissional, e é possível perceber a ponte que ela faz entre o usuário e o acesso aos serviços da instituição:

Todo trabalho em grupo, multiprofissional, é mais produtivo porque você tem o enfoque de vários profissionais que possuem formação diferenciada na sua área. Eu sempre trabalhei em uma equipe multidisciplinar. (Celina)

Estas participações colocam em pauta a atuação do assistente social na gestão de projetos sociais em saúde. Podemos afirmar sobre este quesito, o que já foi apontado ao longo do projeto: o método de trabalho do assistente social possui na sua direção hegemônica o movimento de compreensão mais amplo do que a forma como o fenômeno se expressa na realidade aparente, ou seja, que busca a essência em detrimento da aparência, considerando o fenômeno nas suas múltiplas determinações. Apontamos ao longo do trabalho que esta prática é o diferencial que põe o serviço social como categoria profissional privilegiada para atuação neste campo.

A atuação nos grupos vai além de palestras ou do caráter meramente informativo; Sônia afirma: “*Se uma usuária do grupo do planejamento familiar não está vindo, eu vou procurá-la para saber o que está acontecendo.*” Da mesma forma a atuação nos grupos permite o encaminhamento para outros serviços, conforme afirmou Celina no trecho da entrevista citado anteriormente.

A valorização do trabalho em grupo também é uma característica forte na atuação do assistente social, pois sua base formativa preconiza a integralidade no acesso aos serviços, algo que não pode ser alcançado com o olhar de apenas um profissional, e na saúde isso se expressa de maneira evidente. Esta modalidade de atuação torna o assistente social um profissional com capacidade de se inserir em diversas atividades participando inclusive de ações tipicamente da saúde, como é o caso do trabalho de prevenção de ISTs, em que assistentes sociais chefiam cargos de vigilância, organizando atividades de promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva através de articulação com escolas, salões de beleza, organizações da sociedade civil e outras entidades presentes no território de abrangência,

realiza palestras, debates, participam de eventos organizados por movimentos sociais, como o REDUZAZIDS, contribuindo também para a educação permanente em saúde.

Aliás o tema educação, como um processo contínuo, foi claramente destacado nas entrevistas, pois as assistentes sociais, ao descreverem suas trajetórias colocam o movimento de aprendizado através de cursos, especializações e pós-graduações com o objetivo de aprofundar conhecimentos. Participam também da capacitação de outros profissionais e destacam o aprendizado decorrente da relação com a equipe. Valorizam as reuniões de equipe para discussão dos casos, afirmando que todos estes processos que compõem as estratégias de educação permanente, são espaços também ocupados pelas assistentes sociais.

7.2.3 Algumas Repercussões Sobre O Trabalho Das Assistentes Sociais No Contexto Da Covid-19

A pandemia da Covid-19 nos trouxe vários problemas e desafios. Dentre eles, como já apontado na metodologia, a mudança na estrutura da pesquisa, a dificuldade, em certa medida, de contactar profissionais de saúde para a pesquisa e a redução de horários de funcionamento das instituições municipais, que contribuiu para a demora da solicitação do processo de autorização da pesquisa e os trâmites para a obtenção desta autorização. No que tange a pesquisadora, os desafios ocorreram em diversos âmbitos, como adoecimento próprio e de familiares próximos, readequação das orientações para realização deste trabalho (relação com a aluno e orientador) e um série de incertezas que atravessaram o processo de construção dessa pesquisa. Diante deste cenário julgamos importante falar um pouco sobre o que foi trazido pelas assistentes sociais durante as entrevistas sobre a pandemia.

As assistentes sociais atuantes nos grupos, trouxeram a informação de que estes (os grupos) foram pausados durante a pandemia, alguns estavam retornando, mas outros ainda estavam suspensos, por isso, suas falas sobre os grupos se colocam no passado, dizendo que antes da pandemia era daquela determinada forma:

Antes da pandemia, porque aí tem um corte né? Então assim: antes da pandemia a gente tinha vários grupos acontecendo (vou citar os principais tá?) que eram: o grupo de gestantes, o grupo de planejamento familiar, e o grupo de TIG que a gente chama de teste de gravidez, e um grupo que a gente chama de sala de espera que era com as mulheres que vão fazer teste do pezinho nos bebês então tinham quatro grupos. Eu já participei de todos, eu só não participei do grupo

de gestantes, mas tinha outra colega assistente social que participava, sempre na dupla com a equipe da enfermagem, a gente sempre era os dois atores ali articulando os grupos. (Fernanda)

Em um outro trecho a entrevistada afirma que realiza um trabalho de atendimento pós-Covid-19 na unidade em que atua, e durante o atendimento, uma usuária relata não ter o que comer, pois ela é funcionária autônoma e, como não está atuando por conta da Covid-19, não tem recursos para se alimentar. Diante disso Fernanda afirma:

Então, naquele momento, para além da Covid-19-19 (é isso que eu quero trazer assim), para além de estar doente, era uma questão que ampliava, porque não adianta: ela ir ao médico, ter atendimento e ele passar um medicamento se ela não tem comida e aí entra a gente (assistentes sociais), entra a gente nessa garantia sabe? De pensar uma rede de proteção; com quem que você conta? Vamos articular, como pode ser isso, como é que a gente vai pensar direitos. Então, para o médico, ela está com uma doença e você vai atender, não é isso? Mas o olhar do serviço social, amplia, a gente coloca uma lupa nessas questões e traz novos elementos para ela. (Fernanda)

A fala da Fernanda traz dois elementos importantes: O primeiro diz respeito a suspensão dos grupos realizados pela policlínica, entendemos que as interrupções foram necessárias pela priorização da vida, tanto dos usuários como dos profissionais. Contudo, durante a entrevista não foi possível identificar se os usuários participantes dos grupos conseguiram manter o acompanhamento e, mais do que isso, os grupos são também um espaço de vínculo, em que pessoas participam juntas de um momento de informações e podem a partir disso criar laços. Para além da ruptura de vínculos a preocupação se dá também sobre o que foi feito ou o que poderia ser feito para suprir o espaço que estes grupos têm na vida desses usuários, durante o período da pandemia. O segundo elemento, relacionado a este se coloca no acompanhamento pós pandemia: as equipes de saúde de Niterói fazem contato com os usuários que testaram positivo para Covid-19 no seu território, esses acompanhamentos se dão através de contato telefônico, e foi a partir desta ação que Fernanda identificou a demanda da usuária autônoma. Este trabalho faz toda a diferença no comprometimento com uma política de saúde que priorize o projeto reformista em disputa na saúde

Eu trabalhei também com a terceira idade, é um programa de estimulação cognitiva, mas com essa história da pandemia, infelizmente [ela faz um gesto negativo com a cabeça], a gente até tentou dar continuidade, mas ficou muito complicado. E principalmente com essa terceira idade, a gente fazia muito isso: Inserir-los nos outros serviços que a unidade pode oferecer. (Celina)

Esse fragmento da fala de Celina também aponta para um aspecto importante relacionado aos grupos, a inserção de usuários através dos grupos. Neste caso a interrupção da atividade do grupo culminou em uma perda, visto que através desses grupos havia uma política de integração.

Então a gente reduziu muito, eu fiquei afastada uns oito meses porque eu tenho mais de 60 (anos) retornei agora e agora a gente está muito reduzido né? Então o que a gente faz? Grupo eu estou fazendo porque a gente tem DIU, então eu estou fazendo de uma em uma. Vasectomia também eu estou sabendo que voltou então já tem o primeiro homem para gente explicar como é o processo e encaminhá-lo para a cirurgia. A princípio é isso e eu estou ajudando muito na vacina né? (Joana)

Joana também relata a suspensão dos grupos durante um período além do seu afastamento devido ao risco pela idade. Ao falar de seu retorno ela coloca que está atendendo individualmente os participantes do grupo e relata também a ajuda na vacinação. A sua fala coaduna com as duas anteriores e avança na informação de que, mesmo no contexto da pandemia, algumas atividades vêm sendo realizadas ainda que de maneira individual. Sua participação no auxílio da vacina também é um aspecto interessante, pois ao mesmo tempo que nos mostra como ao assistente social pode intervir, isso nos faz pensar o quanto ele pode estar sendo usado para cobrir as ausências de outros profissionais. Entendemos que este auxílio pode estar relacionado ao cadastro das pessoas que estão procurando as unidades de saúde para se vacinar. Aqueles que estão inseridos no território foram contactados pelas unidades para fazer a vacinação, no caso de idosos a vacina se deu também pela modalidade “Drive thru”.

Muito já se tem discutido a respeito dos impactos da pandemia da Covid-19²³, porém não queremos aqui estender o tema, mas citá-lo como um tópico recorrente nas entrevistas que trouxe muitas questões a se pensar no âmbito da saúde e do serviço social.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de elaboração do projeto que originou a pesquisa atual, fomos questionadas, no próprio mestrado, sobre a justificativa para pesquisar a inserção de assistentes sociais, visto que é uma profissão reconhecida como parte das equipes de saúde, e por isso, já tem de maneira clara as definições de sua inserção. Naquele momento a resposta a esta pergunta foi o interesse e a necessidade de reconhecer a identidade das profissionais na relação entre teoria e prática do serviço social na saúde, considerando as particularidades de Niterói. Nesse momento, tendo em vista os resultados produzidos na pesquisa tornou-se possível aprofundar esta resposta. Afirmo que a inserção e atuação das assistentes sociais na atenção primária em saúde de Niterói faz parte dos pilares sobre os quais se assenta a política de saúde e as práticas que trazem um diferencial para a Atenção primária à Saúde deste município. A importância de pesquisar o perfil e a inserção destes profissionais em Niterói, constitui a demonstração de que este profissional pode fazer diferença na execução, planejamento e gestão das políticas de saúde, dada sua visão ampliada e as dimensões que norteiam a profissão.

Começamos por poder colocar em questão a ideia de que as Assistentes sociais não integravam o movimento da reforma sanitária. Ao contrário, o trabalho de campo nos mostra que a construção do SUS, em Niterói contou com a participação ativa de assistentes sociais.

Recuperamos aqui alguns dos propósitos desse estudo para melhor organizar nossas conclusões. Sobre os “objetivos propostos para o trabalho do assistente social na APS em Niterói”. Foi possível perceber que o trabalho dos assistentes sociais se faz presente em várias frentes, como é o caso dos grupos de saúde, dos programas de prevenção, do setor de vigilância em saúde, do acolhimento aos usuários, da articulação com a rede, prática multidisciplinar e transdisciplinar, na educação permanente em saúde, na pesquisa, no fortalecimento de vínculos, na gestão dos serviços de saúde e etc. todas com o propósito de viabilizar aos usuários dos serviços de saúde o acesso aos seus direitos.

²³ Trato da Covid-19 em Niterói: <<http://www.niteroi.rj.gov.br/linha-do-tempo/>>

Em relação ao processo de trabalho na APS, podemos dizer que as assistentes sociais têm um espaço de protagonismo ao longo período desses mais de 30 anos. A atuação na atenção básica da saúde mantém uma perspectiva crítica, comprometida com o projeto ético político da profissão, afirmando uma posição de defesa dos direitos sociais e empenhados na articulação entre teoria e prática do serviço social. O município oferece cursos e atividades formativas no movimento de educação permanente, e isso corrobora para a atualização profissional. Destacamos a parceria do município com a Universidade Federal Fluminense que vem desde o Projeto Niterói, como parte importante deste processo, pontuamos ainda a presença de uma escola de serviço social desta universidade no município que estabelece uma relação com a saúde mediante os estágios supervisionados realizados por estudantes da escola.

Sobre as ações que fazem parte do seu escopo de práticas neste nível de atenção, observamos que guardam relação com o conhecimento do território, mas incluem ainda supervisão, coordenação e participação em grupos, elaboração e execução de programas e projetos de saúde, acompanhamento, visitas domiciliares, ensino e muitas outras atividades, visto que a profissão de serviço social se insere em diferentes espaços, e fortalecida pela perspectiva da equipe multiprofissional.

No quesito potencialização, as profissionais destacam principalmente: o reconhecimento que a profissão de serviço social tem na saúde do município, a autonomia profissional e a articulação com outros serviços do município. Em suma a forma como elas estão inseridas na saúde de Niterói se apresenta como um facilitador que potencializa a prática profissional. O reconhecimento da profissão no município se expressa na atuação de assistentes sociais que ocupam cargos de chefia, coordenação e lideranças

Identificamos que a articulação é também um ponto forte do trabalho das assistentes sociais, embora, nos parece apoiado por características pessoais. Por sua atuação capilarizada, são capazes de estabelecer contatos com todos os profissionais das instituições e para além disso também possuem boa relação com a rede de assistência social, associações de bairro, escolas e estabelecimentos privados como salões de beleza por exemplo. Sua atuação em articulação com as equipes se expande pelo território, para além dos limites das unidades.

Na concepção de política social, entendemos que o trabalho das assistentes sociais é comprometido com o código de ética e o projeto ético-político, esta percepção se deu pelo conteúdo de suas falas a respeito dos trabalhos que elas desenvolvem, ou seja, na descrição de suas atividades é possível observar, o tempo todo, uma preocupação com os usuários dos

serviços e o esforço que elas realizam para potencializar os seus atendimentos com o objetivo de viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos.

Entretanto, para além das várias formas de atuar que caracterizam esse trabalho, concluímos que o que marca essa atuação é o compromisso por não reduzir as questões de saúde a presença ou ausência de doença. O que observamos é um empenho por ir além das aparências, e dos encaminhamentos assistencialistas, para entender como promover melhores condições de vida e cidadania, sem deixar de lado as necessidades concretas dos usuários.

Os resultados alcançados na pesquisa nos permitem concluir que muito se tem a aprender com os assistentes sociais inseridos na APS de Niterói. Cabe destacar que como pesquisadora e assistente social me senti privilegiada por conversar de forma aberta com estas profissionais. Fui afetada pela paixão demonstrada por elas pelos seus trabalhos, pelo comprometimento com a profissão e com os usuários, pelo pioneirismo e pelo vasto campo profissional que conseguiram alcançar. O trabalho dessas mulheres foi fruto de inspiração para o objeto dessa pesquisa e para refletir sobre o tipo de profissional que a pesquisadora pretende ser. Não se trata de uma receita, mas de uma prática profissional que promove um diferencial imenso, permitindo que Niterói seja referência em saúde.

Não podemos negar que existem preocupações quanto ao esgotamento desse modelo devido a ofensiva neoliberal que estamos enfrentando, e aos entraves apontados como fatores limitadores de sua prática. Há um processo de precarização do SUS, principalmente no que tange aos recursos básicos para o desenvolvimento do trabalho. Somam-se a isso a ausência de concursos públicos pelo município, gerando dúvidas sobre como serão os próximos anos para o serviço social no município, porque boa parte das profissionais atuantes possuem entre 20 e 30 anos de trabalho. Um ponto positivo é o reconhecimento do próprio município a respeito dos pontos a serem melhorados na versão preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025) disponível no site da prefeitura²⁴. Este reconhecimento e a proposta de melhorias a partir da participação de profissionais e usuários, permite dizer, a partir dos dados obtidos, que Niterói vem tentando expandir a saúde da família, mesmo diante de um projeto neoliberal em curso.

Uma das questões que trouxemos como hipótese preliminar da pesquisa era de que existiam assistentes sociais nos módulos do médico de família, e essa hipótese se mostrou

²⁴ [http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/PMSP%20\(2022-2025\)Versao%20Preliminar.pdf](http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/PMSP%20(2022-2025)Versao%20Preliminar.pdf)

falsa. Tal entendimento deu-se pelo fato de que as Unidades Básicas de Saúde do município foram transformadas em módulos do médico de família restando hoje apenas quatro UBS que contém em suas equipes, assistentes sociais. Apontamos essa questão porque, ao entrevistar duas assistentes sociais deste campo, foi possível identificar a importância do trabalho delas, que nos módulos do médico de família - MMF era desempenhada pela assistente social supervisora em conjunto com a equipe de supervisão nos GBT. Atualmente essa supervisão se realiza pelo NASF – AB. Porém, devido ao elevado número de MMFs (43), nós mantemos a defesa da inserção de ao menos uma assistente social para cada módulo, porque os assistentes sociais do NASF – AB estão responsáveis por no mínimo oito módulos do médico de família. Entendemos que há uma atuação de outros profissionais no médico de família, como os ACS por exemplo, porém, como foi demonstrado nos resultados, o trabalho do assistente social é importante pelo olhar ampliado nos territórios, que são marcados pelas mais diversas formas das expressões da questão social.

Finalizamos este momento reforçando que o tema pesquisado está longe de ser esgotado e ainda existem muitos elementos a serem elencados na discussão do trabalho do assistente social na saúde. Defendemos, diante dos resultados apresentados, a permanência e o acréscimo de profissionais de serviço social na saúde na APS, como uma atitude combativa diante dos processos de precarização social que estamos vivendo.

Se a hipótese preliminar desse estudo era que o assistente social possui papel fundamental para um bom funcionamento da APS, a pesquisa demonstrou que a presença desta categoria profissional, se traduz em ganhos significativos para a efetivação dos projetos sociais que pretendam ampliar a compreensão da saúde e que sustente um olhar e uma ação relacionada aos determinantes e condicionantes da saúde, que atravessam a totalidade da relação saúde doença.

9. REFERÊNCIAS

ABEPS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Proposta de diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996**. Disponível em:

<http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf> acesso em 04 mar. 2020

_____. **Diretrizes Curriculares elaboradas pela equipe de especialistas de 1999**.

Disponível em:

<http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311140412406970.pdf> Acesso em 04 mar. 2020.

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo**. Serviço Social & Sociedade, [S.L.], n. 127, p. 456-475, dez. 2016. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.080>.

ANDERSON, P. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANDRADE, D. M. C. **Redes sociais e a mediação de saberes: implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ**. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Orgs. Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro; EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H. “Ética e Pesquisa.” In. **Código de Ética do Assistente Social Comentado**. CFESS, (organizador). São Paulo, Cortez Editora, 2012 (p.102 – 106)

BOSCHETTI, I. “Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.” In. **Serviço Social Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS / ABEPS,

2009. Disponível em:

<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf> Acesso em: 05 out. 2019.

_____. “Avaliação de políticas, programas e projetos Sociais”. In. **Serviço Social Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS / ABEPS, 2009. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>> Acesso em: 05 out. 2019.

_____. SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? In. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª Ed. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Câmara do Deputados e Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 95**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>> Acesso em 06 mai. 2020.

_____. **Constituição Federal De 1988: Título VIII - Da Ordem Social – Seção II – Da Saúde.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 05 out. 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**.

_____. **Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Serviço Social e dá outras providências. Brasília, 1993

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 15, de 13 de março de 2002**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311141012990370.pdf> Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha entendendo o SUS 2007**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus2007.pdf>> Acesso em: 05 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>> Acesso em 08 nov. 2021

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **O que é Atenção Básica?** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-desauade/40315-atencao-basica>> Acesso em 05 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/2012: sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Documento da 8ª conferência Nacional de Saúde.** 1986.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 07 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde; Módulo I. *In. Guia Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília – DF, 2018. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf> Acesso em: 09 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília – DF, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf> Acesso em: 09 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília - DF 2012 Disponível para download em: <<http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>> Acesso em: 05 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília - DF 2017.

Disponível

em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 08 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.** Disponível para download em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/6694>> Acesso em 09 out. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília – DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 09 out. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm> Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. Senado Federal. **Portaria nº 1348 de 18 de novembro de 1999**. Brasília, 1999.

Disponível em: <http://www.editoramagister.com/doc_16837_PORTARIA_N_1348_DE_18_DE_NOVEMBRO_DE_1999.aspx> Acesso em 08 jun. 2020.

BRAVO, M. A. de S. “Política de Saúde no Brasil.” *In. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª Ed. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo; Cortez Editora, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo; Cortez Editora, 2011.

_____. MATOS, M. C. de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. *In. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª Ed. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em: 20 out. 2019.

_____. **Código de Ética profissional do Assistente Social Com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11**. Brasília, 1993 / 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 05 mar. 2020.

_____. **Código de Ética profissional do Assistente Social de 1986**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1986.pdf> Acesso em: 05 mar. 2020.

_____. **Sobre a Incompatibilidade entre Graduação à Distância e Serviço Social**. Vol. 1 Brasília, 2012 – atualizado em 2015. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/incompatibilidadevolume1_2015-Site.pdf> Acesso em 29 set 2021.

_____. **Sobre a Incompatibilidade entre Graduação à Distância e Serviço Social**. Vol. 2 Brasília, 2014. Disponível em: <

http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS_incompatibilidadevolume2_2014.pdf> Acesso em 29 set 2021.

COUTINHO, C. N. **Notas sobre cidadania e modernidade.** In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 3, dezembro 2005 – ISSN- 1807-698X. Disponível em: <<http://www.rabaneda.adv.br/download/Ciencias%20Pol%EDticas/NOTAS-SOBRECIDADANIA-E-MODERNIDADE-Carlos-Nelson-Coutinho.pdf>> Acesso em: 05 out. 2019.

DAL PRÁ, K. R., MINELLI, D. S., MARTINI, D., FETZNER, R. da R. T., & FONTANA, K. C. (2015). **O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde.** *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 9 (2), Pág. 91-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1602>> Acesso em 07 nov. 2021

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DRUCK, G. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho.** *Trabalho, educação e saúde* (online), v. 14, p. 15-43, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 15 nov. 2021

FELIPPE, J. M. S. **O processo legislativo e a regulamentação do Serviço Social no Brasil: uma análise documental.** *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 131, p. 29-50, abr. 2018. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.129>.

FERNANDES, F. **Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina.** Rio de Janeiro: editora ZAHAR, 1972.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política De Saúde: Uma Política Social. In. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

FLICK, U. 2009. *Desenho da pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed.

FONSECA, A. F., MOROSINI, M. V. G. C. e MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica.** *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2013, v. 11, n. 3, pp. 525-552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005> Acesso em 07 nov. 2021

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F. de. **Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul.** *Cad. Saúde Pública* vol.33 supl.2 Rio de Janeiro 2017. Epub 02-Out-2017- ISSN 1678-4464. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001405005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. MENDONÇA, M. H.M. Atenção Primária à Saúde. *In. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. “Territorialização em Saúde” – Verbete. *In. Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola. 2008.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. **O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 173191, abr. 2007. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010373312007000100010>.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6 ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. *In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

JESUS. D. S. dos S. **“Reparando” a Falta: Um Olhar Sobre a Histórica “Feminização” do Serviço Social**. Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X. Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

KONDER, L. **O que é Dialética**. 28ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LÖWY, M. **As Aventuras de Karl Marx Contra o Barão de Münchhausen: marxismo e o positivismo na sociologia do conhecimento**. Trad. Juarez Guimarães e Suzane Felicie Léwy. 10 ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

MARQUES, S. R. L, ESCARCE, A. G. e LEMOS, S. M. A. **Letramento Em Saúde E Autopercepção De Saúde Em Adultos Usuários Da Atenção Primária**. *CoDAS* [online]. 2018, v. 30, n. 2. ISSN 2317-1782. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>> Acesso em 22 nov. 2021.

MARSÍGLIA, R. M. Giffoni. Orientações Básicas para a Pesquisa. *In. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª Ed. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009

MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliando a implementação da atenção básica no município de Niterói (RJ)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

MOREIRA, T. W. F.; C., L. **As Diretrizes Curriculares da ABEPSS e os valores éticos e políticos para a formação profissional em Serviço Social**. *Temporalis*, [S.L.], v. 16, n. 32, p. 97-121, 26 fev. 2017. *Revista Temporalis*. <http://dx.doi.org/10.22422/2238-1856.2016v16n32p97-121>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde**. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. *Fap UNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

MOROSINI, M. V. C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos**. 2018. 357 f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. *In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*, 4ª ed. São Paulo; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo; Expressão Popular, 2011.

_____. **Ditadura e Serviço Social: Uma Análise do Serviço Social no Brasil Pós-64**. 8ª ed. São Paulo; Cortez Editora, 2005

_____. **Cinco Notas a Propósito da Questão Social**. *In. Revista Temporalis*, Brasília (DF), ano 2, n. 3, jan/jul. 2001.

NITERÓI. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal De Saúde 2018 – 2021**. Niterói - RJ, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Municipal%20de%20Sa%c3%bade%202018-2021%20vers%c3%a3o%20final%20aprovado%20CMS%2020mar2018%20-%20com%20altera%c3%a7%c3%a3o.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2021.

_____. **A Rede de Saúde** (tópico). Online, Niterói. Disponível em: <saude.niteroi.rj.gov.br> Acesso em: 08 nov. 2021.

_____. **Versão Preliminar do Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025).** Niterói – RJ, 2021. Disponível em:

<[http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/PMSP%20\(2022-2025\)_Versao%20Preliminar.pdf](http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/PMSP%20(2022-2025)_Versao%20Preliminar.pdf)> Acesso em: 20 nov. 2021

_____. **Programa Médico de Família: Lançamento da Carteira de Serviços.** Encontro Municipal de Saúde de Niterói. Online, 14/04/2021. Disponível em: <https://youtu.be/ihku6jmG_RQ> Acesso em: 21 nov. 2021.

_____. **A carteira de Serviços e a Qualificação da Atenção Básica.** Encontro Municipal de Saúde de Niterói. Online, 14/04/2021. Disponível em: <<https://youtu.be/xcNsdHC1Aro>> Acesso em: 21 nov. 2021.

_____. Prefeitura Municipal de Niterói. **linha do tempo- ações da prefeitura para o combate ao coronavírus.** Online. 2020 – 2021. Disponível em: <<http://www.niteroi.rj.gov.br/linha-do-tempo/>> Acesso em: 19 nov. 2021.

_____. **Fundação Estatal de Saúde de Niterói. Quem somos e Onde Atuamos (tópicos).** Online, Niterói, 2020. Disponível em: <<http://www.fesaude.niteroi.rj.gov.br/>> Acesso em 08 nov. 2021.

_____. **Carteira de Serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores / Fundação Estatal de Saúde de Niterói.** – Niterói: Eduff Institucional, 2021. ePUB. ISBN: 978-65-89673-01-9. Disponível em: <https://fesaude-bucket.s3.amazonaws.com/CS_do_Programa_Medico_de_Familia_de_Niteroi_livro_digital_18001e3f63.pdf> Acesso em: 21 nov. 2021.

_____. Associação dos Servidores do Município. **Contribuição Crítica e Propostas ao Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói.** In. Cadernos de Saúde, Resistência e Luta. Revista eletrônica. Niterói maio / junho 2021. Disponível em: <<http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Cadernos%20Sau%cc%81de%20Resiste%cc%82ncia%20e%20Luta%20Propostas%20ao%20Plano%20Municipal%20de%20Sau%cc%81de%200.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2021.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo; Cortez Editora, 2002.

- PINHEIRO, Roseni. Integralidade. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. n.º 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008
- RAMOS, M. Conceitos Básicos Sobre Trabalho. In: Fonseca, A. F. e Stauffer A. de B. Orgs. **O processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- RIZZOTO, M. L. F. O Banco Mundial e o Sistema Nacional de Saúde no Brasil. *In: PEREIRA, J. M. M. e PRONKO, M. (Org.) A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.
- ROCHA, Camila. **“Imposto é Roubo!” A Formação de um Contrapúblico Ultraliberal e os Protestos Pró- Impeachment de Dilma Rousseff**. Dados [online]. 2019, v. 62, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/001152582019189>> Acesso em: 11 nov. 2021.
- SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. 2006. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- SIMÕES. C. “Os Princípios Constitucionais – A Lei Orgânica da Saúde; O Sistema Único de Saúde (SUS), Direitos dos Usuários”. *In. Curso de Direito do Serviço Social*. (Biblioteca Básica do Serviço Social). 4ª Ed. São Paulo, Cortez Editora, 2010. (pg. 130 – 145).
- SIMÕES. N. L. H. **Autonomia Profissional X Trabalho Assalariado: Exercício Profissional do Assistente Social. 2012**. 165f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012
- SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. Serviço Social & Sociedade, [S.L.], n. 117, p. 69-83, mar. 2014. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282014000100005>.
- SOUSA, C. M. B. e. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000. 2015**. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília, 2002. 726p.
- TEIXEIRA, Suely C. S.; MONTEIRO, Valéria de O.; MIRANDA, Verônica A.. Programa médico de família no município de Niterói. Estudos Avançados, [S.L.], v. 13, n. 35, p. 147155, abr. 1999. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010340141999000100015>.

TIBURTINO. L. C. **Relações De Gênero e Processos De Trabalho no Serviço Social.** Temporalis, Brasília (DF), ano 15, n. 29, jan./jun. 2015. DOI: <<https://doi.org/10.22422/2238-1856.2015v15n29p247-264>> Acesso em: 09 nov. 2021.

VASCONCELOS, A. M. de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 8^a ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

QUESTIONÁRIO

Cara (o) Assistente social, você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa **INSERÇÃO E PERFIL DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI.** O objetivo do estudo é mapear os diferentes aspectos da relação do profissional de serviço social com a Atenção Primária em Saúde do município de Niterói. A finalidade deste trabalho é contribuir para ampliar o debate sobre a inserção dos assistentes sociais nesta área, pensando as políticas de saúde e a atuação do assistente social nesse processo.

A pesquisa está sendo desenvolvida por Aline Amorim Chaves, bacharel em serviço social e, aluna do Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV / FIOCRUZ, sob orientação de Angélica Ferreira Fonseca. Sua participação é voluntária e você pode optar por participar ou não desta pesquisa. Caso aceite participar do estudo, você responderá a um formulário digital com perguntas fechadas, uma única vez. Você levará em média 30 minutos para responder as perguntas. Você não será identificado ao divulgarmos os dados referentes aos participantes,

não sendo possível localizar a sua resposta individual. Haverá uma outra etapa da pesquisa, na qual serão realizadas entrevistas com assistentes sociais. Os pesquisadores(as) se comprometem com o sigilo e privacidade dos dados individuais.

Salientamos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo. Será necessário o registro do número do seu telefone celular ou endereço eletrônico (e-mail) no sistema digital da pesquisa. Esta pesquisa não envolve custos e não prevê compensação financeira. Toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas. Nesse estudo, estes são mínimos. Os riscos mínimos podem estar associados a desconforto emocional durante a resposta ao questionário. Nesse caso, você poderá desistir de responder as questões que julgue incômodas. O participante pode buscar indenização por eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, segundo Resolução CONEP 510/2016. Sua participação não lhe trará benefícios diretos.

As informações obtidas através da pesquisa poderão ser úteis para o planejamento de ações destinadas ao aprimoramento das formas de trabalho de assistentes sociais na Atenção primária A saúde no contexto do estudo. Os dados dessa coleta serão analisados de modo agregado e constarão da dissertação de mestrado e de possíveis artigos dela decorrentes.

Você poderá ter acesso a qualquer momento a frequência dos dados agregados nesta pesquisa pelo e-mail da pesquisadora responsável (aline_am_chaves@hotmail.com) em como da orientadora da pesquisa (angelica.fonseca@fiocruz.br) telefone (21) 3865-9850 ou através do endereço: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Coordenação de Pós-graduação, Av. Brasil, 4365 – Manguinhos –Rio de Janeiro– RJ CEP: 21040-900.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Em qualquer momento você pode entrar em contato com o Comitê de Ética que aprovou o estudo para informações: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Escola Politécnica

em Saúde Joaquim Venâncio, Avenida Brasil, 4365 – Manginhos – RJ, CEP 21040-360, telefone (21) 3865-9809, e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br.

Pesquisadores responsáveis:

Aline Amorim Chaves - Mestranda em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz

Contatos: aline_am_chaves@hotmail.com Tel: (21) 96880-8183

Angélica Ferreira Fonseca Professora – pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz

Contatos angelica.fonseca@fiocruz.br Tel: (21) 3865-9850

Por se tratar de pesquisa on-line, ao prosseguir na mesma, você concordará com este termo de consentimento e com a sua participação na mesma. Reiteramos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

- Concordo em Participar da Entrevista

APÊNDICE II

A INSERÇÃO E PERFIL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI. QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa pretende discutir a inserção de assistentes sociais na Atenção Primária em Saúde do município de Niterói. Na primeira etapa estamos fazendo um levantamento de informações gerais. Na segunda etapa iremos entrevistar, de forma virtual, alguns assistentes sociais para aprofundar temas e compreender melhor as potencialidades e limites deste trabalho.

1. DADOS PESSOAIS:

1.1 Idade: _____ anos.

1.2 Sexo de nascimento:

- Homem
- Mulher
- Prefiro não informar

2. DADOS PROFISSIONAIS

2.1 Qual seu tempo de formação, após a graduação:

- Menos de 02 anos
- de 2 a 5 anos
- De 05 a 10 anos.
- Acima de 10 anos.

2.3 Sua instituição de formação universitária é:

- Pública Estadual
- Pública Federal
- Particular

2.4 Em relação a formação em pós-graduação:

- Ainda não fiz pós-graduação.
- Especialização.
- Residência.
- Mestrado em andamento.
- Mestrado concluído.
- Doutorado em andamento.
- Doutorado concluído.
- Pós-doutorado em andamento.
- Pós-doutorado concluído.
- Outra

2.5 Você é sindicalizado?

- Sim
- Não

2.6 Nos últimos 3 anos você teve oportunidade de fazer algum curso de atualização profissional sobre temas da saúde ou de serviço social? (Pode marcar mais de uma opção)

- Sim, curso oferecido pelo setor público (município, estado ou federal)
- Sim, curso oferecido por instituição privada ou organizações não governamentais
- Não fiz curso de qualificação nos últimos 3 anos.

3. Relação e atividades no município

Há quanto tempo atua na saúde no município de Niterói?

- Menos de 02 anos
- de 2 a 5 anos
- De 05 a 10 anos.
- Acima de 10 anos.

3.1 E na Atenção Primária em Saúde de Niterói, há quanto tempo você atua?

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

3.2 Alguns assistentes sociais de Niterói atuam na APS em mais de um Módulo Médico de Família. É o seu caso?

- Sim, atuo em mais de um MMF
- Não, atuo em apenas

3.3 Há quanto tempo você atua no serviço em que está atualmente?

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

3.4 Qual o seu vínculo empregatício em Niterói?

- CLT
- Estatutário
- Contrato por tempo determinado
- Prestador de serviços autônomo
- Bolsa
- Outros _____

3.5 Qual sua carga horária de contrato semanal?

- 20 horas semanais
- 30 horas semanais
- 40 horas semanais
- Outra _____

3.6 Em Niterói, você atua como assistente social (pode marcar mais de uma opção):

- No programa médico de família
- Em Policlínica
- Unidade básica de saúde
- Outro _____

3.7 Você ocupa algum outro cargo/função além de assistente social? Se sim, qual?

- Não ocupo nenhum cargo/função.
- Sim, ocupo o cargo de _____

4. Sobre a articulação de rede (unidade com outros órgãos municipais)

4.1 A unidade na qual você atua possui articulação com **outros órgãos** municipais, que não sejam da saúde?

- Há uma boa articulação,
- A articulação é insuficiente
- Praticamente não há articulação entre as unidades de saúde

4.2 Considerando a articulação **entre os serviços de saúde de Niterói**, você diria que:

- Há uma boa articulação,
- A articulação é insuficiente
- Praticamente não há articulação entre as unidades de saúde

5. Relação entre Serviço Social e Saúde

5.1 Em uma escala de 0 a 10 sendo 0 desnecessário e 10 extremamente necessário, como você classificaria o grau de necessidade da participação do serviço social nos serviços de Atenção primária em Saúde?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

5.2 Você considera necessário ampliar o quadro profissional de assistentes sociais na atenção primária em Saúde?

- Sim
- Não

5.3 Qual seria a maior contribuição que os assistentes sociais poderiam trazer para a qualidade da atenção primária em saúde no município de Niterói?

Como dissemos anteriormente esta pesquisa prevê uma segunda etapa em que ocorrerá uma entrevista por meio virtual ou telefone.

6. Você concorda em participar desta segunda etapa?

- Sim. Pode me contactar

E-mail: _____

Telefone: _____

- Não. Prefiro não ser incluída na 2ª etapa.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

ENTREVISTA

Cara Assistente social, você está sendo convidado(a) a participar de uma entrevista da pesquisa **INSERÇÃO E PERFIL DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI**. O objetivo desta entrevista é aprofundar o conhecimento sobre os diferentes aspectos da relação do profissional de serviço social com a Atenção Primária em Saúde do município de Niterói, mapear a características da inserção de Assistentes Sociais na APS de Niterói, na busca por analisar o perfil de atividades atribuídas e atividades realizadas por estes profissionais e ainda identificar e discutir os elementos que potencializam e que restringem a atuação deste trabalhador no contexto do estudo. A finalidade deste trabalho é contribuir para ampliar o debate sobre a inserção dos assistentes sociais nesta área, pensando as políticas de saúde e a atuação do assistente social nesse processo.

A pesquisa está sendo desenvolvida por Aline Amorim Chaves, bacharel em serviço social e, aluna do Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSV / FIOCRUZ, sob orientação de Angélica Ferreira Fonseca. Sua participação é voluntária e você pode optar por participar ou não desta pesquisa. Caso aceite participar do estudo, você será entrevistado, com perguntas fechadas e abertas, uma única vez. A entrevista levará, em média, 40 minutos sendo realizada de forma remota pelas plataformas Zoom ou Teams, e serão gravadas para transcrição das respostas. Você não será identificado ao divulgarmos os resultados, não sendo possível localizar a sua resposta individual.

Os pesquisadores(as) se comprometem com o sigilo e privacidade dos dados individuais. Salientamos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo. Será necessário o registro do número do seu telefone celular ou endereço eletrônico (e-mail) no sistema digital da pesquisa. Esta pesquisa não envolve custos e não prevê compensação financeira.

Toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas. Nesse estudo, estes são mínimos. Os riscos mínimos podem estar associados a desconforto emocional durante a resposta ao questionário. Nesse caso, você poderá desistir de responder as questões que julgue incômodas.

O participante pode buscar indenização por eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, segundo Resolução CONEP 510/2016.

Sua participação não lhe trará benefícios diretos. As informações obtidas através da pesquisa poderão ser úteis para o planejamento de ações destinadas ao aprimoramento das formas de trabalho de assistentes sociais na Atenção primária A saúde no contexto do estudo.

Os dados dessa coleta serão analisados a partir da composição de eixos temáticos e parte das falas presentes nas entrevistas podem constar da dissertação ou de artigo científico, sendo tomado os devidos cuidados para não permitir a identificação dos sujeitos.

Você poderá ter acesso a qualquer momento a frequência dos dados agregados nesta pesquisa pelo e-mail da pesquisadora responsável (aline_am_chaves@hotmail.com) em como da orientadora da pesquisa (angelica.fonseca@fiocruz.br), telefone (21) 3865-9850 ou através do endereço: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Coordenação de Pós-graduação, Av. Brasil, 4365 – Manguinhos –Rio de Janeiro– RJ CEP: 21040-900.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). O Comitê de Ética é a instância que tem por

objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Em qualquer momento você pode entrar em contato com o Comitê de Ética que aprovou o estudo para informações: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Avenida Brasil, 4365 – Manginhos – RJ, CEP 21040-360, telefone (21) 3865-9809, e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br.

Reiteramos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

Pesquisadores responsáveis:

Aline Amorim Chaves Mestranda em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz

Contatos: aline_am_chaves@hotmail.com, Tel: (21) 96880-8183.

Angélica Ferreira Fonseca Professora – pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz

Contatos angelica.fonseca@fiocruz.br, Tel: (21) 3865-9850.

- Concordo em participar da entrevista.

APÊNDICE IV

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI.

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS AOS ASSISTENTES SOCIAIS DA APS DE NITERÓI

1. Conte-me um pouco da sua trajetória no serviço social, comece me falando sobre sua formação, áreas de interesse, outros cursos ou especializações que tenha feito ou tenha interesse em fazer.
2. Em que ano você iniciou suas atividades ligada à área saúde em Niterói? E ligada a APS?
3. Imagine a seguinte situação: Ihe é pedido para explicar o seu trabalho para alguém que desconhece o funcionamento de uma unidade de saúde e o trabalho do assistente social. Como você explicaria?
4. Quais dessas atividades/ações que você relacionou, você acha que não deveriam ser desempenhadas pelo assistente social? Por quê?

5. Quais atividades/ações não fazem parte do seu escopo de práticas e você considera que seria bom que fizesse?
6. Com que profissionais você se relaciona mais diretamente?
7. Na sua opinião qual é a relevância do trabalho do assistente social para a APS do município de Niterói?
8. Você sente que possui autonomia para desenvolver suas atribuições na instituição?
9. A respeito da multidisciplinaridade, você acredita que a equipe profissional possui bom entrosamento?
10. Sobre a articulação de rede, você acredita que a rede de serviços de saúde de Niterói consegue desenvolver ações com outras políticas públicas e sociais?
11. Quais fatores políticos, institucionais, de equipe e de recursos você acredita que contribuem para ampliar a sua atuação profissional?
12. Quais fatores políticos, institucionais, de equipe e de recursos você acredita que dificultam a sua atuação profissional?
13. Como você vê a relação entre a teoria e a prática do serviço social no seu contexto de trabalho?
14. Você acredita que o seu trabalho está em consonância com o projeto ético político da profissão? Por quê?