



UFRRJ

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: NOTAS SOBRE A
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.**

TAMIRES DE SOUZA SANTANA ALVES

2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: NOTAS SOBRE A ATENÇÃO
PRIMÁRIA DE SAÚDE.**

TAMIRES DE SOUZA SANTANA ALVES

Sob a Orientação do Professor
Maurício Caetano Matias Soares

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte das exigências para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Seropédica
2025

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A474s Alves, Tamires, 2002-
 Saúde e Serviço Social: Notas sobre a atenção
 primária de saúde. / Tamires Alves. - Seropédica,
 2025.
 55 f.: il.

 Orientador: Maurício Soares. Trabalho de
 conclusão de curso(Graduação). -- Universidade Federal
 Rural do Rio de Janeiro, Serviço Social, 2025.

 1. Atenção Primária de Saúde. 2. Trabalho
 Profissional. 3. Serviço Social. 4. Organização Social.
 5. SUS. I. Soares, Maurício, 1980-, orient. II
 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Serviço
 Social III. Título.



ATA DE DEFESA DE TESE Nº 232/2025 - DHSS (12.28.01.00.00.00.10)

Nº do Protocolo: 23083.071882/2025-87

Seropédica-RJ, 10 de dezembro de 2025.

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

No dia 08 do mês de dezembro do ano de 2025, às 14:00 horas, na sala de reuniões virtual do google meet, foi instalada a Sessão Pública de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso da discente Tamires de Souza Santana Alves, Matrícula 20210031723, que apresentou o trabalho intitulado: "Saúde e Serviço Social: Notas sobre a Atenção Primária de Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelo Professor Dr. Mauricio Caetano Matias Soares (presidente), pela Profa. Dra. Fabiana Schimdt (examinador 1) e pela Profa. Drª Tatiane de Oliveira Pinto (examinador 2).

Abrindo a sessão, o presidente da banca examinadora, após dar a conhecer aos presentes os procedimentos para a condução dos trabalhos, passou a palavra a aluna, que fez a apresentação. Seguiu-se a arguição pelas examinadoras, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Sendo a candidata considerada APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente pelo Presidente da Banca. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente Ata, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Presidente: Mauricio Caetano Matias Soares

Examinador 1: Fabiana Schimdt

Examinador 2: Tatiane de Oliveira Pinto

Discente: Tamires de Souza Santana Alves

(Assinado digitalmente em 10/12/2025 17:48)

FABIANA SCHMIDT
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DHSS (12.28.01.00.00.00.10)
Matricula: ###686#9

(Assinado digitalmente em 10/12/2025 17:23)

MAURICIO CAETANO MATIAS SOARES
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DHSS (12.28.01.00.00.00.10)
Matricula: ###096#5

(Assinado digitalmente em 10/12/2025 17:27)

TATIANE DE OLIVEIRA PINTO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DHSS (12.28.01.00.00.00.10)
Matricula: ###154#8

(Assinado digitalmente em 10/12/2025 17:33)

TAMIRES DE SOUZA SANTANA ALVES
DISCENTE
Matricula: 2021#####3

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais que ultrapassaram limites para que esse sonho fosse possível. Se reinventaram mil vezes, mudaram suas rotinas e prioridades, em nome deste dia. Agradeço novamente a eles, agora em reta final, o tamanho suporte, e eles seguem se desdobrando. Eles fizeram do meu sonho a vida deles, e seguem fazendo de tudo por ele. Em meio a tanto suor e tantas lágrimas, finalmente cruzamos a linha de chegada, juntos. Agradeço pelos inúmeros dias corridos em que meu pai escolhia sua única folga para me levar até Seropédica, sem falta. Agradeço a minha mãe por ter acolhido todos os que eu amava como se fossem filhos dela. Os momentos vividos foram mágicos, 90% não vivenciei com eles, mas sem eles, eu não teria desfrutado dos melhores anos da minha vida. Ao meu sobrinho, Bernardo, o amor mais lindo da minha vida. Isso aqui é por você também!

A minha irmã e o meu cunhado que sempre demonstraram o maior apoio do mundo quanto a esta graduação. Me mostraram o quanto esse passo seria importante e necessário na minha vida, e por isso sou muito grata. Amo vocês! E agora especialmente a minha irmã, que não hesitava em fazer um trajeto extenso só para me buscar, tirava dias para nós duas juntas, e além de tudo, foi quem sempre me dissuadiu de desistir quando as coisas ficavam ruins. Todos esses momentos são extremamente importantes, e estão gravados para sempre dentro de mim.

Ao meu avô que sabe escrever pouco, e à minha avó, que foi se analfabeta ainda. De vocês herdei meu amor pelo Ceará e a enorme devoção ao Padre Cícero, e sigo me encantando por tudo que vocês me ensinaram a amar. Sempre vou amar ligar pro meu avô e ouvir que eu devo seguir sempre no estudo, e a minha avó, que sempre enchia a boca com muito orgulho para falar que a neta dela fazia uma faculdade. Isso é por vocês, vô e vó.

A família que eu criei em Seropédica, que me mostrou o amor entre as diferenças, vivemos juntos uma experiência completa da universidade, e foram colo e aconchego nos piores dias. Eles sempre estiveram ali comigo. Raquel Bastos e Victor Almeida foram, são e serão meus lugares favoritos nas memórias. Vocês são família. Além de um diploma, gargalhadas, bons e ruins momentos, saí com dois irmãos dessa jornada um tanto quanto doida.

Larissa, Maria Luiza, Evelyn, Carol Casaes, Lorena, Thauany, João Marcelo, Ana Clara e Mylena, que fizeram este caminho ser menos cansativo e me ensinaram tanto em meio a graduação, os meus mais sinceros agradecimentos. Vocês estarão pra sempre em minhas memórias e em meu coração. Eu amo vocês.

A minha melhor amiga de Realengo que me ouvia em meio a MUITOS surtos e nunca soltou minha mão em momento algum, muito pelo contrário. Embarcou em aventuras em solos seropedicenses comigo e fomos muito felizes nestes três anos e meio. Obrigada por existir. Te amo, Ana B.! E a Gigi, que não poderia sempre foi aconchego, escuta e carinho. Sempre estive ali por mim, mesmo distante, estava sempre bem perto, sou grata por tudo e por tanto.

E aos meus professores que me ajudaram e me guiaram neste caminho, principalmente, Fabiana, Tatiane e Maurício. Foram primordiais na minha formação dentro deste curso e sem o impacto positivo que cada um causou em mim, este trabalho não seria possível. Muito obrigada!

Saúde e Serviço Social: Notas sobre a atenção primária de saúde

RESUMO

Trata-se da contextualização analítica do trabalho do assistente social na Atenção Primária da Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base as unidades de Saúde da Família. A pesquisa é uma revisão bibliográfica ilustrada por experiências da autora em campo de estágio. Ela busca compreender os desafios e as potencialidades do Serviço Social frente à precarização do trabalho nas unidades geridas por Organizações Sociais (OS). A análise destaca a importância do matriciamento, como estratégia de apoio técnico e pedagógico às equipes de saúde, e os impactos da descontinuidade de políticas públicas, como a substituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Programa Previne Brasil. O estudo evidencia a centralidade da APS na consolidação dos princípios do SUS e a relevância do assistente social na promoção do cuidado integral e na defesa dos direitos sociais.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde, Trabalho Profissional, Serviço Social, SUS, Organizações Sociais.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CERS	Centro Especializado de Referência em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Básica à Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades sanitárias existentes no país em 1942 - Divisão de Organização Sanitária.....	23
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A definição da hierarquização e regionalização do SUS por meio dos níveis primário, secundário e terciário.....	35
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - A inserção das equipes eMulti, antigo NASF e apoio matricial dentro das UBS.....	43
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. PRIMEIRO PASSO PARA O ENCONTRO.....	17
1.1. O prólogo da saúde.....	17
1.2. A reviravolta da saúde.....	24
2. SUS E SERVIÇO SOCIAL: A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FOCO.....	31
2.1. SUS: Princípios, diretrizes e a descentralização.....	31
2.2. O modelo de atenção primária brasileiro atualmente.....	36
2.3. Notas sobre trabalho do assistente social frente a APS	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 promulgou a saúde como direito universal e dever do Estado integrada na proposta de Seguridade Social, que compreende um conjunto de ações em diferentes frentes de atenção e níveis de complexidade. Nessa base em 1990 foi aprovada a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) definindo as estruturas, valores, diretrizes e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele é prevista a descentralização dos serviços de saúde, que permite identificar e agir sobre as demandas específicas de promoção, prevenção e recuperação de saúde de cada território. A regionalização que auxilia no agrupamento de atividades de saúde que fortalece determinadas regiões no suporte de saúde e otimizando gastos e recursos. Também a hierarquização, que contempla a organização em níveis crescentes de complexidades e a sua respectiva responsabilidade pelas esferas de governo. Inclui nesses serviços, a vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (Brasil, 1990, Art. 6º).

A alta complexidade oferta serviços que realizam procedimentos de alta tecnologia e custo, como cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos, transplantes e terapia intensiva, oferecendo acesso qualificado e eficiente. A média complexidade refere a organização dos serviços de saúde em níveis intermediários. Já a baixa complexidade ou Atenção Básica ou Atenção Primária¹, é considerada a “porta de entrada” do sistema, onde oferta-se serviços de prevenção e promoção de saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um fundamental modelo organizacional e hierárquico de atenção à saúde, sendo o primeiro contato do cidadão. Ela rompe com o modelo curativo, hospitalocêntrico e biomédico, buscando acompanhar e promover saúde a todas as pessoas independentemente da idade.

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde constitui-se como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, estruturando-se de forma territorializada e orientada pela integralidade do cuidado. No Brasil, segundo dados

¹ A adoção do uso do termo Atenção Primária à Saúde (APS), devido à sua representação ampliada, coordenadora e contínua do cuidado em saúde, voltada para a integralidade e centrada nas necessidades das pessoas. Diferente de expressões como “atenção básica”, que podem remeter a serviços simplificados ou restritos. A APS abrange funções essenciais como acesso facilitado, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, sendo reconhecida como o eixo estruturante de sistemas de saúde equitativos e eficientes.

do Ministério da Saúde (2023), aproximadamente 76% da população utiliza os serviços de APS, representando um quarto da população nacional.

Partindo desse debate, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo de estudar a Atenção Primária da Saúde e identificar os desafios e potencialidades da atuação do assistente social nesse nível de complexidade dos serviços de saúde, baseado na conclusão do estágio em serviço social na área da saúde família, no território do bairro de Guaratiba, no Rio de Janeiro, onde me possibilitou compreender a precarização que o assistente social dentro do equipamento vive. Por exemplo: a falta de salas para atendimento individual; o território extenso de mais de 20 mil pessoas para uma única assistente social; a forma como agentes comunitários, médicos e enfermeiros referenciam pacientes que não cabem a profissão dentro de um equipamento de saúde, mesmo após reuniões e diversos informativos a respeito do que é atribuição do serviço social.

Desse modo, suscitar reflexões sobre a precarização do trabalho, agudizado pelo gerencialismo das Organizações Sociais (OS)² e sobre a importância do matriciamento³ nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁴ (NASF) para a efetivação dos princípios do SUS e a garantia da saúde como direito social. O caminho desenhado para esse debate se solidifica na revisão bibliográfica de base crítica, permitindo uma visão ampliada e dinâmica da realidade que se espraia no cotidiano das unidades básicas de saúde. Lugar definido como espaço sócio ocupacional do Serviço Social. Somado a isso, os relatórios e experiências do campo de estágio consolidam um arcabouço de elementos que conduziram essa pesquisa, que, no primeiro momento, apresenta a política de saúde no Brasil e o seu desenvolvimento desde o início do século XX com destaque para a estruturação dos serviços básicos de saúde. Em seguida, o debate se funda nas normativas do SUS referente ao nível

² O gerencialismo é uma abordagem de gestão pública que incorpora racionalidades empresariais — centradas em eficiência, metas e controle de resultados — e que, nas unidades administradas por OS, orienta a organização do trabalho e a prestação dos serviços de saúde.

³ O apoio matricial ou matriciamento, configura-se como uma estratégia de gestão do trabalho interdisciplinar, caracterizado pela troca de saberes e pela corresponsabilização entre profissionais e equipes de saúde, com o objetivo de ampliar a resolutividade da Atenção Primária.

⁴ A adoção do termo Núcleo de Apoio à Família (NASF) criado em 2008, por meio da portaria nº 154, de 24/01/2008, sofreu mudanças ao decorrer do tempo. Tendo isso em vista, em 2017, a nomenclatura passou a ser NASF-AB, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, pela portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que também gosta da nova PNAB de 2017. Por fim, em 2023, a portaria GM/MS nº 635 instituiu como eMulti, que representa uma retomada do Ministério da Saúde para fortalecer o cuidado multiprofissional na Atenção Primária. E a nova nomenclatura trouxe também, um novo incentivo financeiro federal.

primário de saúde, contrastando a sua organização no SUS e no modelo vigente de SUS “possível” e os seus rebatimentos sobre o trabalho profissional.

Além de construir uma análise a respeito das transformações recentes nas políticas de saúde, como o impacto da substituição do NASF pela nomenclatura eMulti, com o objetivo de autoavaliação, controle, regulação, cofinanciamento e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da equipe multidisciplinar forjando ou fingindo um tipo de trabalho interdisciplinar de responsabilidade de todos os integrantes da equipe. Sobre a prática profissional do assistente social na APS, apresenta uma reflexão sobre os efeitos e desdobramentos das transformações societária e com elas a da política social e do mundo do trabalho, sobre o fazer profissional considerando o enfrentamento da precarização, a defesa dos princípios do SUS e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Desse modo, transcrevo, sistematizo e analiso o cenário e as condições que constituem desafios para presentes e futuros assistentes sociais.

CAPÍTULO 1

PRIMEIRO PASSO PARA O PRIMEIRO ENCONTRO

O conceito de Atenção Primária da Saúde (APS) foi usado pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, como base para estruturação do Sistema de Saúde Inglês. O Relatório apresentava uma alternativa ao modelo hospitalar e curativo presente na época, com intuito de reduzir os custos elevados de saúde, considerando o crescimento da complexidade para a oferta de assistência à saúde.

Esta proposta inaugura a ideia de hierarquização dos níveis de atenção de saúde, tendo centros primários como porta de entrada para os cuidados em saúde, cujas atividades eram desenvolvidas a partir de duas premissas: uma que contava com a integralidade dos cuidados, focando na prevenção e no entendimento de que a saúde ultrapassa a abordagem curativa, portanto, contempla o indivíduo em seu contexto socioeconômico e cultural. Outra que tem como princípio, a regionalização, esboçando o entendimento que os serviços devem estar distribuídos em redes, levando em consideração as necessidades de cada local, e as características da população. (Ennes, 2023, 5-6). Nessa direção esse capítulo busca apresentar o desenvolvimento da política de saúde no Brasil e como a proposta de regionalização e primeiras iniciativas do que formaria a APS no país.

1.1 O Prólogo da saúde

No Brasil dos anos 1920, a saúde era impulsionada pelo modelo Campanhista com o protagonismo de Carlos Chagas, e centrada na especialidade médica de higiene e saúde pública. A preparação da mão de obra, como as dos enfermeiros, a implementação dos primeiros postos de profilaxia e saneamento rural estavam vinculados à Inspeção dos Serviços de Profilaxia. Portanto, não se ventilava a possibilidade de implantação da APS. A saúde nesse momento ganhava a importância da intervenção do Estado, devido ao impacto das doenças endêmicas para o desenvolvimento econômico da República.

Nesse contexto, a Revolta da Vacina expressou a insatisfação da população sobre a obrigatoriedade de submissão às técnicas de prevenção que são encobertas por objetivos inconfessos da ação do Estado, como por exemplo, aqueles relacionados à regulação da ordem urbana. Legitimando esboços de modelos

hierárquicos que impunham procedimentos a população, sem que esta conhecesse as finalidades deles. Notadamente, a história nos revela que é impossível fazer prevenção sem uma proposta clara de promoção e educação em saúde. Todavia, a proposta ‘autoritária’ ainda se mantém em tempos contemporâneos

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) marca o surgimento de iniciativas voltadas à propaganda e à educação sanitária. As propostas para o combate a lepra, as doenças venéreas⁵, e a tuberculose, centravam no enquadramento comportamental de higiene pessoal e social de crianças e adultos, em especial os trabalhadores, na fiscalização de gêneros alimentícios. Na época, também foi criado um extenso e detalhado Regulamento Sanitário Federal, que vigorou por muitos anos.

Na época, o pensamento higienista exerceu grande influência nas políticas públicas e na maneira como certos grupos sociais eram percebidos. A população negra passou a ser associada à sujeira, à desordem e à propagação de doenças, o que reforçava a ideia de que representava um obstáculo ao progresso e à modernização urbana. Dentro dessa lógica, o projeto de embranquecimento ganhou força como uma tentativa de “melhorar” a população brasileira por meio do incentivo à miscigenação com brancos europeus.

Como explica Lilia Schwarcz (1993), os negros foram frequentemente retratados como símbolos de atraso e degeneração, tanto no discurso médico quanto no científico, o que justificava práticas de exclusão e vigilância. Esse processo ajudou a consolidar uma estrutura social marcada pelo racismo, em que o corpo negro era visto não apenas como herança do passado escravista, mas como ameaça à ordem e à saúde da nação.

Com base nessa forma de conceber e ofertar saúde é indubitável o entendimento de que os centros de saúde eram uma evolução das teorias administrativas, em voga nessa época. Isso porque representava uma nova forma de organização defendida a partir da bem-sucedida experiência americana.⁶

⁵ O termo Infecção Sexualmente Transmissível (IST) substitui os termos “doença venérea” ou “doença sexualmente transmissível (DST)” por representar de forma mais precisa o processo infeccioso. A mudança ocorre porque muitas dessas infecções podem não apresentar sintomas clínicos, mas ainda assim serem transmissíveis. Além disso, o uso de “venérea”, associado historicamente a um contexto moralista e estigmatizante, foi abandonado em prol de uma nomenclatura mais técnica, que visa reduzir o preconceito e facilitar a abordagem em saúde pública (Brasil, 2016).

⁶ A chamada experiência americana referia-se a um modelo de organização dos serviços de saúde que ganhou destaque nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX, com foco na prevenção de doenças, no planejamento racional das ações e na aplicação dos princípios da administração científica. Essa abordagem valoriza a integração entre saúde pública e atenção

Podendo assim, chamar este período mais voltado para a atenção sanitária no Brasil de “Nova Higiene” (Campos, 1999).

Esse modelo de atenção à saúde é visto por Braga (1981) como um Projeto Sanitário, portanto, articula-se com o processo histórico e social vivido pelo país na segunda metade da década de 1920, fruto de um adiantado processo de concentração de renda, viabilizado pela emergência da economia cafeeira. Essa fase de acumulação capitalista reflete-se em uma aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha República.

Nos fins da década de 1930, com a implantação e consolidação do Estado Novo, o governo federal passou a estruturar um sistema de proteção social voltado para os trabalhadores urbanos. A criação dos institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) agregou as Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs), As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) foram instituídas no Brasil pela Lei Eloy Chaves, promulgada em 24 de janeiro de 1923. Essa legislação foi um marco na história da previdência social brasileira, ao determinar que cada empresa ferroviária deveria criar uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para seus empregados, garantindo benefícios como aposentadoria, pensão por morte e assistência médica. Posteriormente, esse modelo foi ampliado para outros setores da economia, evoluindo para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 1930, que centralizavam a previdência social de diversas categorias profissionais, preparando o terreno para a criação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) décadas mais tarde.

Ofertando serviços previdenciários e de suporte à saúde dos trabalhadores e seus dependentes. O acesso aos IAPs era privilégio dos Trabalhadores formais, com vínculo em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Consolidando um tipo de cidadania regulada, com o intuito de estimular o avanço do desenvolvimento da indústria e das estratégias capitalistas.

As ações de saúde incorporaram práticas de prevenção e educação em saúde com o objetivo de formar um trabalhador saudável, produtivo e obediente às normas de higiene e conduta social que o Estado considerava adequadas à modernização do país. Também, alterou a configuração política de saúde no país,

médica, muitas vezes por meio de centros de saúde locais com participação do setor privado e articulação com universidades. Diferente do modelo inglês, que, especialmente após a criação do National Health Service (NHS) em 1948, passou a priorizar um sistema de saúde universal, financiado e gerido pelo Estado, com forte centralização e foco na equidade do acesso (1998).

destacando a impreterível necessidade da consolidação do poder central no nível dos estados da federação.

Tudo com a direção do novo Departamento Nacional de Saúde (DNS), que nasceu com o objetivo de disseminar as diversas diretrizes da política de saúde por todo o país, partindo das ações centralizadas na capital. Nessa proposta, efetivada em 1941, houve um reforço às ações de cunho mais vertical e campanhista sem prejuízo da continuidade do projeto de implantação dos Centros de Saúde. No âmbito da medicina previdenciária, protagonizada pelos IAPs, a atuação dos médicos não se limitava ao consultório. Eles eram os responsáveis pela função pedagógica, orientando os segurados sobre higiene pessoal, prevenção de doenças e cuidados com o ambiente doméstico. Cabe destacar que os/as assistentes sociais já atuavam nessa dimensão por meio do Serviço Social Médico, cuja atribuição “policialesca” perpassa pela fiscalização do sujeito no cumprimento das orientações dadas pelo médico. Ora, o modelo de saúde estabelecido era o biomédico, portanto, o sucesso da linha terapêutica dependia de como o médico identificaria o elemento causador da doença para eliminá-lo. Para tanto, o sujeito tinha de cumprir exatamente as determinações médicas.

Como aponta Fonseca (2007), a medicina previdenciária buscava moldar hábitos e comportamentos, promovendo uma forma de educação em saúde alinhada aos valores de disciplina, ordem e produtividade. Assim, a saúde era compreendida, não apenas como ausência de doença, mas como parte integrante de um projeto nacional de progresso e controle social. Daí a lógica de adesão ou não adesão ao tratamento. Não obstante, o período de estabelecimento dos IAPs foi o de intensa reconfiguração econômica e política no Brasil, impulsionada pela guerra e pelos pactos comerciais do Segundo Pós Guerra. A crescente presença dos Estados Unidos (EUA) na América Latina, em nome da defesa do território do “monstro” do socialismo do oriente, forjou um tipo de economia no Brasil ainda mais dependente. Os EUA com a necessidade de matérias-primas essenciais para fortalecimento do seu esforço bélico, investe em países como o Brasil, que viu sua indústria se expandir e seus fluxos migratórios aumentarem, tanto internamente quanto em relação à chegada de refugiados europeus. Paralelamente, o governo brasileiro buscava modernizar sua estrutura sanitária para atender às novas demandas populacionais e melhorar as condições de saúde da força de trabalho, essencial para manter a produtividade industrial.

Nesse cenário, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado como resultado do convênio entre o governo brasileiro, o norte-americano, via Fundação Rockefeller. O objetivo oficial era promover ações de saúde preventiva e estruturar serviços médicos em regiões estratégicas para o desenvolvimento econômico. No entanto, essa iniciativa também fazia parte de um projeto maior de influência dos EUA na América Latina, garantindo que modelos sanitários alinhados ao sistema norte-americano fossem implantados, fortalecendo a presença geopolítica do país na região. Após o fim da guerra, a Fundação Rockefeller continuou atuando fortemente na definição das políticas de saúde pública no Brasil. Sua participação ajudou a combater doenças endêmicas e a promover campanhas sanitárias eficazes, mas também consolidou um modelo de dependência institucional, no qual muitas das diretrizes seguiam padrões estabelecidos por especialistas estrangeiros.

Esse tipo de influência refletia a estratégia de hegemonia norte-americana moldando a forma como os países da América Latina estruturam seus sistemas de saúde e reforçando uma visão tecnocrática e centralizada da gestão sanitária. Dessa forma, a Fundação Rockefeller foi mais do que uma organização de assistência sanitária; sua atuação esteve diretamente ligada à conformação de políticas públicas que, ao mesmo tempo que modernizaram a saúde no Brasil, também mantiveram o país atrelado a interesses externos. Portanto, ela teve um papel fundamental na reestruturação da saúde pública no Brasil e em toda a América Latina durante o século XX.

Embora sua atuação fosse oficialmente baseada na filantropia e na assistência sanitária, a influência dessa instituição estava profundamente ligada ao contexto geopolítico da época, especialmente durante e após a Segunda Guerra Mundial. Ainda nesse contexto, foi editado o Decreto-lei que estabelece o regime administrativo do Serviço Nacional da Febre Amarela. O Decreto 8.674, de 04 de fevereiro de 1942, aprovou o regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde, e continha em sua estrutura os serviços nacionais de Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Câncer, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Portos, Águas e Esgotos e Bioestatística. A criação desse sistema centralizado também fazia parte de um esforço maior do governo de Getúlio Vargas para reorganizar o Brasil e modernizar suas estruturas, especialmente no setor de saúde.

Naquele momento, a resposta às doenças que assolavam o país exigia mais do que simples intervenções pontuais. O governo percebeu que, para ser eficaz, o controle das epidemias precisava de um planejamento mais organizado, com uma coordenação nacional. A criação de uma estrutura que englobava diferentes áreas da saúde, como a fiscalização médica e a educação sanitária, ajudava a garantir que as ações de combate às doenças fossem mais eficientes e integradas, refletindo um modelo de saúde pública mais robusto e organizado. A Divisão de Organização Sanitária estabeleceu para eles agora uma precisa distinção.

A mudança da organização sanitária nacional se deu por meio da adoção de diversos princípios e tendências que já haviam ocorrido nos sistemas políticos liberal-democráticos dos países desenvolvidos. Porém, no Brasil, não teve o seguimento da mesma trajetória, por conta de fatores como o clientelismo e nepotismo. O clientelismo consistia na troca de favores, como a distribuição de cargos e serviços em troca de apoio político. Assim, muitos postos de saúde e cargos no setor eram preenchidos com base na lealdade política, e não na competência técnica, o que comprometia a qualidade da gestão. Já o nepotismo se expressava na nomeação de parentes para cargos públicos, independentemente da qualificação, o que enfraquecia a administração e tornava a gestão pública ainda mais ineficiente. Essas práticas garantiram que a saúde fosse administrada de forma favorável aos interesses pessoais e políticos, em vez de atender às reais necessidades da população (Paim; Almeida Filho, 1998; Fonseca, 2007).

A Divisão de Organização Sanitária subdividiu o país em oito regiões a sediar as respectivas Delegacias Federais de Saúde, com o objetivo proposto pelo DNS de implantar campanhas nacionais para as doenças recorrentes da época, que foi um grande progresso, fazendo a consolidação dos Centros de Saúde.

O Centro de Saúde é a unidade polivalente que, servindo a uma área determinada, realizando pelo menos as seguintes atividades: controle das doenças transmissíveis agudas, da tuberculose, da lepra, das doenças venéreas, a proteção médico-sanitária da gestante e da criança, o saneamento e polícia sanitária das habitações e logradouros, a higiene do trabalho e da alimentação e os exames periódicos de saúde. Mas para estes encargos, a Unidade deverá dispor, no mínimo, de cinco médicos e cinco enfermeiras ou visitadoras em serviço externo de ligação do Centro com a área a que serve. (Barros Barreto. 1942, p. 208).

O sucesso da iniciativa da criação dos Centros de Saúde pode ser medido por uma evolução na cidade do Rio de Janeiro. Todos os postos de Saneamento e

Profilaxia se transformaram em Centros de Saúde, e as estruturas das inspetorias foram extintas, criando-se uma só inspetoria: a dos Centros de Saúde.

A saúde previdenciária integra com mais eficiência o sistema público de saúde. Os IAPs, que já ofereciam assistência médica aos trabalhadores, passaram a trabalhar mais de perto com os centros de saúde, ampliando o atendimento e focando também na prevenção de doenças. As campanhas de educação em saúde e as ações de prevenção ganharam fôlego, ficaram mais coordenadas e alcançaram os trabalhadores e suas famílias. O foco estava em doenças como tuberculose, malária e aquelas relacionadas ao trabalho, além de promover hábitos de higiene e cuidados gerais. Essa integração resultou numa rede de saúde mais acessível e organizada, com ações integradas de prevenção ao tratamento passando pela educação popular. (Paim; Almeida Filho, 1998; Fonseca, 2007).

Tabela 1 - Unidades sanitárias existentes no país em 1942 - Divisão de Organização Sanitária.

Estados, Territórios e DF	Distritos Sanitários	Centros de Saúde	Postos de Higiene 1	Postos de Higiene 2	Subpostos	Postos Especializados	Postos Itinerantes	População do distrito/1000
Acre	7				7			12
Amazonas	6	1			2			75,5
Pará	7	2			7			137
Maranhão	6	1		2	4		6	207
Piauí	3	1		2	16			275
Ceará	4	1	4	6		3	2	525
Rio Grande do Norte	11	1		1	3			70,5
Paraíba		1	1	6	10			
Pernambuco	10	4	2	13	32		4	269
Alagoas	10	1		4				191
Sergipe	7	1			6			78
Bahia	10	3		11	44	4		394
Espírito Santo	7	1	1	5	1	2	1	108
Rio de Janeiro	11	2	3		57			169
Distrito Federal	15	15						116
São Paulo	93	7	2	8	77			78
Paraná	6	1	1	17	30			208
Santa Catarina	7	1	4	2				169
Rio Grande do Sul	88	5	35	32				38
Minas Gerais	26	1		25		4		261
Mato Grosso	9	1			8			48
Goiás	7		1	6				119
Total	350	51	54	140	304	13	13	

Fonte: Arquivos de Higiene, ano 12, n. 2, ago. 1942. pág. 209.

A tabela acima atesta que a consolidação dos Centros de Saúde em 1942 marcou um avanço crucial na organização sanitária brasileira, estabelecendo unidades fixas voltadas ao controle de doenças e à padronização das práticas de saúde pública, embora ainda fortemente vinculadas a um modelo centralizado e hospitalocêntrico.

Com o passar dos anos, tornou-se evidente a necessidade de descentralizar a gestão dos serviços para garantir maior capilaridade e atender às diversas realidades regionais, o que levou, na década de 1960, à estruturação dos Sistemas Distritais de Administração Sanitária, permitindo uma maior autonomia dos territórios na formulação de políticas sanitárias e na distribuição de recursos. Essa reformulação contribuiu para a ampliação do acesso à assistência e preparou o terreno para o fortalecimento da APS, que viria a ser a base do SUS nas décadas seguintes, consolidando o princípio da universalização do cuidado e rompendo com o modelo excludente da saúde restrita aos beneficiários do sistema previdenciário.

Dessa forma, a evolução da organização sanitária ao longo dessas décadas reflete uma transição essencial para a garantia do direito à saúde como um bem público, promovendo mudanças estruturais que permitiram ampliar o alcance dos serviços e consolidar uma política de atendimento mais equitativa e integrada.

1.2 A reviravolta da saúde

Ao longo dos anos 1960 surgiram as primeiras experiências nas escolas de medicina do Brasil relacionadas à abordagem da Medicina Comunitária. Algumas ações foram incrementadas em diversas localidades do país, e, com a criação do Departamento de Medicina Preventiva (DMP), contribuíram para uma ampliação relativa de acesso a serviços de saúde em regiões carentes.

Cabe ressaltar que essas propostas estavam alinhadas às da Organização das Nações Unidas (ONU) em conjunto aos Estados Unidos que desde a década de 1950 inaugurou o Desenvolvimento de Comunidade como estratégia de interiorização do desenvolvimento capitalista. Nos anos 1960 ganha fôlego no discurso das reformas estruturais, preocupando alguns intelectuais devido ao caráter político, crítico e classista que desempenhava. As técnicas e abordagens implementadas pelo Desenvolvimento de Comunidade foram amplamente absorvidas e aplicadas pelo Serviço Social da época. (Ammann, 2013).

Em 1976 foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o propósito de expandir os serviços básicos em cidades menores, principalmente nas regiões mais pobres do nordeste, que eram cobertas pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). O PIASS representou uma das primeiras iniciativas de descentralização e hierarquização dos serviços, utilizando as unidades básicas de saúde como porta de entrada para

diferentes níveis de atenção e promovendo a integração de uma rede única de assistência. As experiências ligadas ao DMP foram contestadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, o qual envolvia estudantes, profissionais da área da saúde, professores e técnicos do Ministério da Saúde (MS), que estipularam um novo debate sobre a atenção primária na década de 1970.

Esse movimento se opôs à racionalização seletiva norte-americana, promovendo uma visão abrangente da APS, que começou a ganhar força tanto no Brasil quanto no exterior. Com enfoque democrático e inclusivo, o movimento defendia que a saúde fosse implementada como uma política social integrada a outras áreas, com a finalidade de impulsionar o desenvolvimento econômico e social brasileiro, reduzir as desigualdades e promover a inclusão social através do trabalho. Baseado nestas discussões, foi possível que se moldasse uma abordagem mais humanizada e participativa na saúde pública nacional. (Paiva; Alves, 2021)

Na década de 1970, o conceito de hierarquização dos níveis de atenção ganhou relevância no cenário mundial, impulsionado pela necessidade de reorganização dos sistemas de saúde com base na equidade e no acesso universal. Nesse período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha global com o objetivo de promover a garantia e a promoção da saúde, estabelecendo a atenção primária como fundamento essencial para alcançar resultados satisfatórios.

Entretanto, no Brasil, essa proposta enfrentava barreiras significativas devido ao modelo previdenciário e biomédico vigente, fortalecido pelo Regime Militar, que priorizava a assistência hospitalar e restringia o acesso aos serviços de saúde àqueles vinculados ao sistema formal de trabalho, excluindo amplos setores da população. Essa estrutura centralizadora dificultava a implementação de uma abordagem descentralizada e preventiva, aprofundando desigualdades sociais e sanitárias. A proposta da direção autocrática da ditadura centrava-se na expansão dos serviços privados de saúde, estimulando a medicalização da vida, via subsídio à indústria farmacêutica e mercantilização da saúde via estímulo aos planos privados de saúde. Notadamente, essa proposta se opunha aos propósitos da OMS à época.

No cenário mundial a luta pela reestruturação da saúde era fortificada pelos movimentos coletivos e conferências. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata, organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e a Conferência de Bellagio, em 1979, marcam as propostas de um modelo de saúde

pautado na atenção primária. A Declaração Alma-Ata enfatizou que a saúde é um direito humano fundamental e que governos, comunidades e organizações internacionais deveriam trabalhar juntos para garantir acesso universal a serviços básicos de saúde. Suas contribuições incluíram a promoção de políticas que priorizasse prevenção, participação comunitária e equidade, influenciando profundamente os sistemas de saúde em diversos países e fortalecendo a ideia de que a saúde não deveria depender apenas de avanços médicos, mas também de fatores sociais, econômicos e políticos.

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para todos os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários, são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo e possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (UNICEF, 1979)

Essa perspectiva rompeu com a lógica predominante e trouxe uma nova concepção de saúde, voltada à descentralização dos serviços e à aproximação dos cuidados médicos às comunidades, possibilitando o fortalecimento da atenção primária.

No Brasil, esse modelo influenciou diretamente as discussões que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, marcando uma mudança estrutural na oferta de serviços, ao substituir a exclusividade previdenciária por um modelo de acesso universal e gratuito. A partir dessa reconfiguração, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos, e não apenas como um benefício condicionado à contribuição previdenciária, inaugurando um novo paradigma na administração pública do setor.

Voltando a década de 1970, com a ditadura em seu auge, o Movimento de Reforma Sanitária surge como mais uma das frentes de resistência ao regime autoritário e as lógicas do imperialismo americano. Nasce com ele a bandeira de luta por uma saúde universal e descentralizada, evidenciando as necessárias mudanças na realidade sanitária brasileira. Mudanças essas que abraçaram todo o setor de saúde brasileiro, buscando a melhoria da qualidade de vida da população. Segundo Paim (2005), esse movimento foi um marco na história da saúde pública no

Brasil. Ao propor uma mudança estrutural de ampliação do acesso e garantia da saúde como direito universal, estabelece formas de superação das desigualdades existentes no sistema vigente. Nessa direção, diferentes profissionais da saúde se uniram e desenvolveram teses integrando a discussão com questões políticas.

Para Castro e Ferreira (2014), a Reforma Sanitária foi um movimento que se caracterizou não apenas pela demanda por uma reorganização do sistema de saúde, mas pela incorporação da saúde como um direito universal e social, alinhado às novas demandas políticas que estavam surgindo no Brasil pós-ditadura. Esse movimento, pelo seu caráter crítico e revolucionário, fortaleceu as lutas contra a ditadura militar e a favor da redemocratização avançando também na produção de conhecimento. A criação dos órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, podem ser considerados marcos desse momento histórico no Brasil.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, foi outro marco para as políticas públicas de saúde no Brasil. O relatório final da conferência destacou a necessidade de descentralização dos serviços de saúde e maior participação social na gestão do sistema. No entanto, essa proposta que incidia na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) só foi implementada em 1987, a partir das propostas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Segundo José Sarney: "o SUS não nasceu com esse nome. Chamava-se SUDS. Fora uma sugestão cristalizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986". O SUDS foi instituído pelo decreto presidencial em 1987 e representou um avanço na descentralização da gestão da saúde, sendo um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais.

Todavia, antes do SUDS houve outras iniciativas como a construídas em 1983 através das Ações Integradas de Saúde (AIS), que constituíam-se em um projeto intersetorial envolvendo o MS, o INAMPS e as secretarias estaduais e municipais de saúde. O objetivo das AIS era organizar os serviços básicos nos municípios, usufruindo das unidades de saúde como base para ações preventivas e curativas, consolidando um modelo mais estruturado de atenção primária no país. Essas iniciativas foram fundamentais para o fortalecimento da APS e a ampliação do acesso à saúde de maneira integrada e inclusiva.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca (presidente da Fiocruz na época), foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986, o evento contou com cinco dias de debate, mais de quatro mil participantes e 135 grupos de trabalho. Este foi o principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil, Paim (2008) afirmou que:

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um momento crucial para a democratização da saúde no Brasil, pois foi o primeiro evento que contou com a participação ativa da sociedade civil, além dos representantes do governo. Esse espaço de discussão tornou-se fundamental para a formulação de políticas públicas de saúde no país.

Tendo ampla participação de diferentes setores da sociedade, os debates se desenvolveram a partir de: “A Saúde como dever do Estado e do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e o “Financiamento Setorial”. A oitava CNS foi a primeira conferência aberta à sociedade, e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do SUS. O Movimento da Reforma Sanitária foi uma das razões para a culminar o marco da 8ª CNS, que resultou na consolidação da proposta de universalização do direito à saúde, legalizado na a Constituição de 1988, por conseguinte a criação do SUS, definindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Desse modo a 8ª CNS marca a história social e política do Brasil e instituiu Reforma Sanitária

Essa CNS estabelece três eixos temáticos: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. Segundo Tatiana Vargas, o advento constitucional arrola a saúde como uma política que compõe um tripé essencial para a efetivação da cidadania brasileira, a Seguridade Social. Esta surge como um projeto inovador de proteção social, buscando integrar saúde, previdência e assistência social em um sistema único e universal, com base na justiça social, equidade no custeio e responsabilidade do Estado. No entanto, sua formulação enfrentou forte resistência de quatro grupos com interesses divergentes. O primeiro, formado por conservadores da área econômica, política e administrativa do Estado, via a seguridade como uma ameaça por propor redistribuição de renda e um fortalecimento do setor social que exigia maior participação das elites.

O segundo grupo, composto pela técnico-burocracia da previdência, temia a perda de autonomia institucional consolidada desde a criação do MPAS em 1974, especialmente com o poder político e financeiro acumulado pelo INAMPS, órgão

central na condução da política de saúde. O terceiro grupo, formado por trabalhadores e aposentados, resistia por temer prejuízos financeiros e perda na qualidade dos serviços, além de recear ser o principal financiador da universalização proposta. Já o quarto grupo, os reformistas da saúde, embora compartilhassem o ideal de universalização, defendiam a separação da saúde da estrutura previdenciária, propondo a unificação das ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Essa proposta deu origem à reforma sanitária e, mais tarde, ao SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), implementado de forma experimental a partir de 1987, como uma tentativa de romper com o domínio do INAMPS e construir um sistema de saúde descentralizado, público e com gestão autônoma. Segundo Octávio Augusto Ocké-Reis: a proposta da seguridade social, inicialmente impulsionada pelos reformistas da previdência, especialmente no MPAS e no INAMPS, era vista pelos reformistas da saúde como uma manobra para manter o controle centralizado na previdência, criando tensões entre os dois projetos.

A relevância da seguridade social reside na sua capacidade de reduzir desigualdades e promover justiça social. De acordo com Andrade (2023): "A seguridade social é um eixo central para a garantia da proteção social, estruturada enquanto responsabilidade do Estado, a ser garantida a todos os brasileiros" (p. 5). Além disso, a seguridade social fortalece a democracia ao permitir que os cidadãos tenham acesso a serviços essenciais, como saúde pública e previdência, sem depender exclusivamente do mercado. Estudos indicam que a seguridade social contribui para a estabilidade econômica e social, garantindo que populações vulneráveis tenham suporte adequado em momentos de crise.

Outro aspecto fundamental da seguridade social é seu papel na manutenção da qualidade de vida e na participação política dos cidadãos. Conforme Santos (2021), "A garantia de realização de direitos sociais reverbera na qualidade da participação popular nos processos políticos, pois as pessoas deixam de se preocupar apenas com questões de mera sobrevivência e passam a atuar efetivamente na tomada de decisões da sociedade". Dessa forma, a seguridade social não apenas protege os indivíduos, mas também fortalece a cidadania e a governança democrática, promovendo um país mais justo e equitativo.

Desde sua implementação em 1990 o SUS tem sido um dos pilares fundamentais da seguridade social no Brasil, garantindo acesso universal e gratuito à saúde. Segundo o website Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: "O

SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país”. Sua criação representou uma conquista histórica, pois antes disso, o acesso à saúde era restrito a quem possuía vínculo empregatício e contribuía para a previdência social.

Ao longo dos anos, o SUS tem impactado diretamente a vida dos brasileiros, oferecendo serviços essenciais como vacinação, transplantes, assistência farmacêutica e atendimento de urgência e emergência. Conforme Mendes (2020) afirma "A cobertura vacinal do SUS é um dos pilares da saúde preventiva no Brasil, reduzindo significativamente a incidência de enfermidades evitáveis". Atualmente, o SUS continua sendo um instrumento indispensável para a promoção da saúde pública e a redução das desigualdades sociais. Segundo nota divulgada pelo Ministério da Saúde no ano de 2025: “No ano de 2025, destinaremos mais R\$561 milhões para investimento em ciência, tecnologia e inovação em saúde, um marco histórico no SUS”. Instituições como a Fiocruz e o Instituto Butantan desempenham papéis essenciais no desenvolvimento de vacinas e medicamentos, fortalecendo a soberania científica do país. Dessa forma, o SUS não apenas protege a população, mas também impulsiona avanços tecnológicos e científicos que beneficiam toda a sociedade.

CAPÍTULO 2

SUS e Serviço Social: a Atenção Primária em Foco.

O debate inscrito nas próximas linhas trata do SUS, seus princípios e diretrizes para a instituição da Atenção Primária no Brasil, destacando a sua importância na constituição de vias de “porta de entrada” dos serviços de saúde e garantia de acesso no contexto enviesado de implantação e desmonte do SUS. Nele opera o assistente social, parte da equipe multidisciplinar (eMulti), em diferentes frentes, dentre elas, o matriciamento⁷ de saúde articulado à rede de cuidados. Nessa direção este capítulo busca apresentar o SUS como política social de caráter universal e integral e os desafios nele enfrentados tanto na política como no cotidiano dos seus profissionais frente ao cenário de reforma do Estado. Fundada na direção neoliberal, a reforma ou conforme alguns autores contrarreforma do Estado se estabelece no tripé da privatização, descentralização e focalização, tendo o gerencialismo como elemento de reestruturação dos serviços. Esse combinado viola os fundamentos, precarizando os seus serviços, desmobilizando forças coletivas, gerando profícuos desafios, em especial para o assistente social, que atua na configuração de legitimação da saúde como direito de cidadania. Não obstante, este profissional atua por meio de ferramentas técnicas, teóricas, ideológicas e sociais, que contribuem efetivamente para a defesa do direito à cidadania e se enquadra como trabalhador inserido no processo de gerencialismo da saúde tão notório na Atenção Primária.

2.1 SUS: Princípios, diretrizes e a descentralização.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 marcou um ponto de inflexão na organização da saúde pública no Brasil ao estabelecer os princípios fundamentais do SUS, entre eles a universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização. A descentralização tornou-se eixo central da Reforma Sanitária, transferindo a gestão das ações e serviços de saúde para estados e, sobretudo, municípios. Esse processo possibilitou que os entes

⁷ O apoio matricial ou matriciamento, configura-se como uma estratégia de gestão do trabalho interdisciplinar, caracterizado pela troca de saberes e pela corresponsabilização entre profissionais e equipes de saúde, com o objetivo de ampliar a resolutividade da Atenção Primária.

federativos adequassem suas políticas de saúde às realidades locais, promovendo maior eficiência e capilaridade no atendimento à população (Vianna, 1994; Escorel, 1999).

Nesse contexto, a APS se consolida como estrutura-base do SUS, com a implantação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994 — transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006 — que buscava reorganizar o modelo assistencial com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade (Paim et al., 2011).

A política de saúde possui caráter social que tanto recebe como influência o processo de reprodução social dos sujeitos em seus aspectos individuais e coletivos. Ela oferta serviços voltados às necessidades sanitárias da população contribuindo para a consolidação da saúde, como direito social fundamental. Por isso reconhece e estimula a participação popular, por meio do controle social, na objetivação de manutenção, desenvolvimento e acesso a esse direito de cidadania em formatos que ouve e responde às necessidades reais da população

O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, que são executados em todo território nacional, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde e de definição do papel do Estado na garantia e promoção deste direito, trazendo em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde, sendo os seus princípios e diretrizes:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de

resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990)

Os princípios e diretrizes do SUS são de suma importância, pois organizam o sistema de forma justa e eficiente, garantindo que todos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de classe social, raça ou região de moradia. A ideia de universalidade e integralidade assegura que o atendimento seja completo e contínuo, englobando ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde.

Dentre eles se destaca a descentralização, que engendra autonomia nos territórios para o enfrentamento das demandas de saúde local, tornando o atendimento mais próximo da realidade da população. Essa diretriz em conjunto a participação da comunidade e Vigilância Epidemiológica articulam e promovem o planejamento, implantação, execução e avaliação de ações de saúde que priorizam as reais necessidades de saúde do território. Além disso, viabiliza a integração entre as diferentes esferas de governo, níveis de complexidade e áreas, como saneamento e meio ambiente, torna as ações mais eficazes. Tudo isso evita desperdícios e garante que o SUS funcione com mais ordem e clareza para quem usufrui dele. As diretrizes do SUS fortalecem a gestão local e a responsabilidade compartilhada entre os entes federativos, dividindo-se nas esferas municipal, estadual e federal, e otimizando recursos e aproximando o serviço das reais necessidades da população. A partir do conceito constitucional do comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde.

Estudos conformam apontam que a descentralização, como princípio do SUS, contribuiu significativamente para a ampliação do acesso, redução de desigualdades regionais e a melhoria de indicadores de saúde (Giovanella et al., 2008), reafirmando a APS como porta de entrada preferencial e estruturante do SUS. Assim, a descentralização não apenas descentraliza recursos e competências, mas também viabiliza um modelo de atenção mais próximo do cidadão e orientado pelas determinações sociais da saúde.

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país – feita de forma integrada entre a União, estados e municípios é um dos princípios organizativos do SUS. De acordo com ele, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com excelência e eficiência, bem como a garantia de processos de fiscalização e controle social. Segundo Giovanella et al. (2012), a descentralização de responsabilidade entre as esferas de governo com a garantia de um comando único em cada uma delas a fortalecer os governos locais, tornando a gestão mais democrática, eficiente e transparente, o que se reflete em serviços de saúde mais adequados às necessidades da população.

Para além da descentralização de responsabilidades pelas esferas de governo, a proposta fundada pela normativa neoliberal utiliza de instituições privadas ou público-privadas no protagonismo de um novo modelo de . Este gerenciamento consiste em uma abordagem de gestão aplicada aos serviços de saúde com objetivo de incorporação de práticas e padrões de produtividade industrial, convertendo a gestão pública em linha de produção, tratando tanto o indivíduo como os serviços de saúde como mercadorias. Este modelo vige a partir da operacionalização das parcerias público-privada (PPP), que normatizam o funcionamento de Organizações e Fundações Sociais na sua função prestadora de serviços.

Notadamente, isso é expressão de um movimento mais amplo, que é influenciado diretamente pelas reformas do Estado neoliberal, que ganhou potência na década de 1990, tendo forte inspiração no New Public Management (NPM)⁸ conhecido como Nova Gestão Pública.

O NPM visa a eficiência operacional, avaliação de desempenho, controle de recursos, redução de custos, metas e indicadores de produtividade, terceirização de serviços. Os indicadores e metas se tornam elemento central do atendimento, o que substitui a lógica burocrática normal pela lógica da eficiência e desempenho, transformando-se assim, em uma lógica de “robotização” do trabalhador, tirando a

⁸ A New Public Management (NPM), ou Nova Gestão Pública, é uma filosofia administrativa que aplica práticas e técnicas do setor privado, como eficiência e foco no cliente, à administração pública para melhorar o desempenho do governo. O objetivo é tornar o serviço público mais ágil e eficaz, utilizando a lógica de mercado para otimizar custos e resultados, com ênfase na responsabilidade, descentralização e orientação ao cidadão.

humanização do trabalho com o público, a intenção é de conseguir um bom resultado aos olhos das entidades, mostrando bons indicadores, porém, uma sobrecarga em cima dos funcionários para que os indicadores sejam atingidos.

Além da descentralização, o princípio da integralidade se refere à integração dos serviços e ações de saúde desde o procedimento mais básico, realizado pela Atenção Primária à Saúde, expressando uma hierarquia de complexidade, que reconhece e garante o maior ou menor investimento em tecnologias para o enfrentamento das necessidades sanitárias da população.

Estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que determina as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, a importância dessa especificação da complexidade objetiva a organizar as linhas de tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS a partir de parâmetros mundiais da saúde, Nessa estrutura cabe o destaque para a APS reconhecida como porta preferencial de entrada do usuário no SUS para os demais níveis de saúde (secundário e terciário) os profissionais atuantes nos dispositivos de saúde da APS devem ser capacitados a identificar e avaliar as demandas de saúde da população e definir os encaminhamentos necessários a elas conforme a complexidade apresentada. Como parte desses encaminhamentos um recurso utilizado são os Sistemas de Regulação de Vagas (SISREG) dos municípios de captar as demandas e as redistribui para a rede especializada ou encaminha ao Sistema de Regulação de Vagas do Estado (SER), responsável pela distribuição do acesso aos serviços de alta complexidade. Na figura podemos ver como é feita a divisão dos setores primários, secundários e terciários a partir da hierarquização e regionalização do SUS:



Figura 1 (FIOCRUZ, 2012)

Para além disso, também tem como característica a terceirização e a parceria público privada⁹, que consiste em hospitais e unidades básicas, começam a ter a sua gestão operada por OS ou outras entidades sem fins lucrativos. Com isso, existe também, a lógica da tecnocratização da gestão, onde os cargos de direção e coordenação passam a ser ocupados por gestores profissionais que, por muitas vezes, não possuem vínculo com as categorias profissionais da saúde. Fazendo com que, perca o caráter da atenção necessária que aquele hospital ou unidade básica necessita, o que leva ao pensamento de, caso a pessoa não tenha tal formação voltada para a saúde, como ela entenderá o que é necessário para aquela unidade. O gerenciamento por OS visa números, resultados, indicadores, por conta disso, tende a ver pacientes como números, deixando um pouco a atenção com o paciente de lado. Em equipes EMulti dentro de UBS existem reuniões onde eles determinam quantos atendimentos domiciliares e atendimentos individuais o profissional deve fazer, visando o quantitativo antes do bem-estar do usuário.

2.2 O modelo de atenção primária brasileiro

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações , 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 da coletividade. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, devendo ser orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade, promovendo acessibilidade, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e equidade. Segundo o Ministério da Saúde (s.d.), isto significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

⁹ O Plano Bresser, lançado em 1987 durante o governo de José Sarney e idealizado pelo então ministro da Fazenda Luiz Carlos Bresser-Pereira, teve como objetivo conter a inflação por meio do congelamento temporário de preços e salários, além do controle dos gastos públicos. Para além do ajuste econômico, o plano expressou uma mudança na orientação do Estado brasileiro, introduzindo princípios da lógica neoliberal, como a busca por eficiência administrativa, a redução da intervenção estatal e a ampliação de parcerias público-privadas na execução de políticas sociais, marcando o início de um processo de redefinição do papel do Estado frente ao mercado.

Esse nível de atenção é desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade com foco no desenvolvimento da saúde no território, no local mais próximo da vida das pessoas. Uma das estratégias de desenvolvimento da APS foi a implantação da Estratégia de Saúde da Família, responsável por ofertar serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF). Tais como: consultas, exames, vacinas. No Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes transformações no modelo de atenção em saúde, com destaque para a consolidação da Atenção Básica como estratégia central de reorganização do sistema de saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a criação da ESF, em 1994, representou um marco importante, com o objetivo de substituir o modelo assistencial fragmentado por um modelo orientado pela promoção da saúde e pela atenção contínua e integral às famílias em seus territórios. A consolidação dessa estratégia culminou na formulação da PNAB, instituída oficialmente em 2006, mas que tem suas bases fincadas nas experiências acumuladas desde os anos 1990. A PNAB definiu as diretrizes organizativas da Atenção Básica no SUS, estabelecendo-a como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde, além de enfatizar a territorialização, adscrição da população e a atuação das equipes multiprofissionais como elementos estruturantes do cuidado (BRASIL, 2006).

A implementação da ESF, ainda em processo incipiente naquele momento, representou a tentativa de efetivar os princípios da equidade e da integralidade do cuidado. Conforme aponta Starfield (2002), sistemas de saúde orientados por uma atenção primária forte tendem a produzir melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários e menores custos. No entanto, é importante destacar que a consolidação da Atenção Básica ao longo dos anos 1990 não esteve isenta de desafios. A escassez de financiamento, as desigualdades regionais e a dificuldade de fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade social comprometeram, em muitos casos, a efetividade das ações propostas. Apesar disso, a década de 1990 representou um período fundamental para o fortalecimento da Atenção Básica como eixo estruturante do SUS, especialmente por meio da institucionalização da ESF e das bases que levariam à formalização da PNAB.

A proposta da PNAB refletia uma mudança paradigmática, ao buscar superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico que historicamente predominou na saúde pública brasileira. Segundo Giovanella et al. (2009), a atenção básica passou a ser

compreendida como o nível de atenção capaz de organizar o cuidado de forma resolutiva, humanizada e com base nos vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários. Além disso, a década de 1990 também foi marcada pelo fortalecimento do processo de descentralização administrativa do SUS, com a municipalização da gestão dos serviços de saúde. Isso contribuiu para que a Atenção Básica ganhasse capilaridade, chegando a localidades antes desassistidas, por meio da expansão das USF e da valorização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) — profissional essencial na construção de um cuidado próximo e contínuo com as famílias.

Dando concretude aos princípios estabelecidos pela PNAB, o PSF foi criado em 1994 como uma estratégia central para reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil. Seu objetivo era substituir o enfoque hospitalocêntrico por ações de saúde mais próximas da realidade das comunidades, por meio da reorientação do processo de trabalho em saúde, baseado na vigilância, na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Com a consolidação dessa proposta ao longo dos anos, o programa passou a ser denominado ESF, assumindo papel estruturante dentro da Atenção Básica, especialmente por meio da territorialização e do vínculo entre equipes e usuários (BRASIL, 2006).

As equipes mínimas da ESF são compostas, segundo a PNAB de 2011, por um médico generalista ou de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, que atuam de forma integrada, sendo cada equipe responsável por um território com, em média, 3.000 a 4.000 pessoas. Já as equipes ampliadas, anteriormente organizadas sob a equipe eMulti, incorporam profissionais de diferentes áreas, como psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física e serviço social, cuja atuação é voltada ao fortalecimento da integralidade do cuidado e à ampliação da resolutividade das ações de saúde no território (BRASIL, 2012).

Apesar de sua importância teórica, a implementação prática do matriciamento apresenta diversos desafios. Entre os principais entraves estão a falta de compreensão conceitual do que significa o apoio matricial, a ausência de espaços sistemáticos de discussão clínica, a sobreposição de atribuições e a fragilidade das relações interprofissionais. Muitos profissionais relatam que o matriciamento é confundido com encaminhamento ou sobrecarga, o que descaracteriza sua proposta original. Como destacam Franco e Merhy (2013), “o matriciamento sofre com uma

forte captura pelo modelo tradicional, centrado em especialidades e em práticas fragmentadas, que tende a reproduzir hierarquias e verticalidades dentro das equipes”. A superação dessas problemáticas exige, portanto, uma revalorização do trabalho coletivo, o fortalecimento de espaços de cogestão, a formação permanente em saúde e o reconhecimento da centralidade dos determinantes sociais na produção da saúde. O matriciamento, para ser efetivo, precisa se articular com o território e com os sujeitos que o habitam, respeitando seus saberes, sua cultura e suas formas de organização, tal como propõe a clínica ampliada e compartilhada no contexto do SUS (CAMPOS, 2007).

Além disso, o matriciamento desempenha papel fundamental no fortalecimento da saúde mental dos usuários dentro das UBS que contam com um profissional formado em psicologia, uma a duas vezes na semana, que são compartilhados entre duas unidades. Os casos atendidos dentro da UBS pela psicologia são direcionados pelo médico ou enfermeira de referência, em reunião matricial, e caso o psicólogo veja necessidade no atendimento, em reunião de matriciamento, pede que o usuário seja referenciado por meio de inserção no SISREG a um equipamento mais adequado. Segundo o Caderno nº34 de Atenção Básica:

É consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige. Assim, a busca de uma integração entre os diversos serviços – em um processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, Caps, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território – deve ser instituída e sustentada com o vigor necessário. Esses equipamentos e serviços são potenciais portas de entrada dos sistemas, como também conferem fértil possibilidade de compartilhamento de olhares em rede diante dos sujeitos que se apresentam com suas demandas e necessidades. Desse modo, pode-se fortalecer uma rede de suporte social para o aumento da resolutividade, do fomento da atenção integral e, por consequência, melhorando a qualidade do cuidado. (Brasil, p. 127)

Dentro da APS, existe o Programa de Saúde na Escola (PSE), segundo o Ministério da Saúde, se trata de uma iniciativa intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação que tem a finalidade de contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino da educação básica, por meio da articulação

entre os profissionais de saúde da Atenção Primária e dos profissionais da educação. Foi instituído em 5 de dezembro de 2007 pelo Decreto nº 6.286, e atualmente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017. Dessa forma, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação básica pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral, fortalecendo as ações de enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros.

A responsabilidade da APS com o território e sua população é permanente, incluindo a comunidade escolar. A adesão ao PSE é uma forma de sistematizar as intervenções voltadas a esse público no âmbito das redes públicas de saúde e de educação. Essa adesão é um compromisso assumido pelas Secretarias da Saúde e Educação com a garantia da atenção integral à saúde dos estudantes e formação integral, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Essencialmente consiste na formalização dessas secretarias na pactuação a cada dois anos das ações do Programa a serem desenvolvidas nas comunidades escolares do território. E de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde na escola:

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é responsabilidade da ESF, às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos. Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados. A ESF constitui o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. Por isso, sempre que se detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da equipe de saúde, em conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, mobilizando os recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais (PORTUGAL, 2006). A estruturação do NASF, composto por equipes multiprofissionais, trará reforços técnicos importantes e a possibilidade de acompanhamento qualificado às crianças e adolescentes com deficiência. (BRASIL, p. 20)

A proposta de planificação da atenção à saúde, embora hoje reformulada e aplicada sob diferentes formatos, remonta a estratégias elaboradas ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, marcadas pela busca de maior

racionalidade no uso de recursos e pela incorporação de instrumentos de gestão típicos do setor privado na administração pública. Inspirada nas ideias do chamado “Estado mínimo”, essa agenda buscava organizar o sistema de saúde em linhas de cuidado hierarquizadas, com protocolos rígidos e fluxos preestabelecidos, com o argumento de melhorar a gestão, mas frequentemente resultando na padronização excessiva das práticas e na limitação da autonomia dos trabalhadores da saúde (PAIM, 2008). Para o Serviço Social, esse modelo implica um risco concreto de descaracterização da sua prática crítica e vinculada à defesa de direitos, já que tende a transformar o profissional em mero executor de demandas administrativas, muitas vezes distantes das reais necessidades sociais dos usuários.

O assistente social, inserido prioritariamente nas equipes ampliadas, tem um papel essencial na articulação intersetorial, no acolhimento das demandas sociais dos usuários, na mediação de direitos e no enfrentamento das desigualdades sociais que atravessam os territórios atendidos. Sua atuação contribui para a efetivação dos princípios do SUS, especialmente no que diz respeito à equidade e à integralidade da atenção. Como destaca Campos (2007, p. 234), “a inserção de novos profissionais nos processos de trabalho das equipes de saúde da família traz a possibilidade de construção de práticas mais abrangentes, que considerem os sujeitos em sua complexidade biopsicossocial”. Nesse sentido, o Serviço Social se insere como um agente fundamental na promoção do cuidado ampliado, com olhar crítico e compromisso ético-político com os usuários do SUS. Essas limitações são particularmente sensíveis, já que sua atuação depende fortemente de espaços coletivos de planejamento e diálogo interdisciplinar. A escassez de tempo, a ausência de agendas compartilhadas e a desvalorização do saber social frente ao saber médico e biomédico dificultam o reconhecimento da contribuição do assistente social no cuidado ampliado.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº27, as equipes eMulti¹⁰ devem atuar em conjunto com as equipes de saúde da família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também, a resolutividade, qualidade ao cuidado do usuário e ações de promoção à saúde, como grupos de tabagismo realizados 1x por semana, grupos de auriculoterapia, academia carioca e um

¹⁰ A equipe eMulti é conjunto de profissionais de diferentes áreas que compõem equipes multiprofissionais instituídas pelo Ministério da Saúde, destinadas a ampliar a resolutividade e o cuidado integral na APS, atuando de forma integrada e apoiando tecnicamente as equipes de Saúde da Família (MS, 2023).

profissional formado em educação física para apoio e coordenação e ações de conscientização com rodas de conversa, bem como grupo de mães atípicas, conscientização do agosto lilás e agosto dourado, que abordam, respectivamente, violência contra a mulher e o incentivo a amamentação. Para além disso, também é necessário o acompanhamento do usuário regularmente e monitoramento, tal como atendimentos domiciliares e atendimentos individuais. Trata-se de um trabalho simultâneo entre equipe eMulti e as equipes mínimas, buscando a distribuição do poder que se requer dentro da organização. É de suma importância ressaltar que a equipe eMulti dentro da UBS não deve agir como porta de entrada, o usuário necessita de um acompanhamento com médico e enfermeira de referência, para assim, se houver necessidade, serem encaminhados a equipe eMulti.

Conforme o Caderno de Atenção Básica nº39, o principal objetivo de implantar a equipe eMulti nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da atenção básica. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da atenção básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades. Essa integração deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das UBS, bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários.

Esses objetivos do apoio matricial da eMulti se materializam por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de atenção básica e dos diferentes profissionais da eMulti.

As dificuldades enfrentadas pela equipe eMulti e pelas estratégias de apoio matricial não podem ser compreendidas de forma isolada, mas sim dentro de um processo mais amplo de reconfiguração da gestão do SUS, especialmente a partir da municipalização da saúde e das reformas gerenciais que se intensificaram na

década de 1990. A municipalização, embora prevista na Constituição de 1988 como um caminho para fortalecer a descentralização e aproximar a gestão dos territórios, tem sido, em muitos casos, apropriada para transferir responsabilidades do Estado para entes locais sem o devido aporte financeiro, técnico e estrutural. Esse processo, como alertam Viana e Baptista (1999), abriu caminho para a crescente terceirização dos serviços e a entrada das OSs, que passaram a gerir unidades de saúde sob a lógica da eficiência empresarial, subordinando o trabalho em saúde a metas quantitativas e contratos de resultados. Nesse cenário, os princípios da integralidade e da equidade vão sendo corroídos por modelos de gestão que privilegiam a produtividade em detrimento do cuidado ampliado. Também, as OSs representam uma forma de privatização indireta do SUS, comprometendo os princípios de universalidade e equidade. Sua gestão empresarial impõe metas e produtividade, precarizando vínculos trabalhistas e fragmentando o cuidado. Além disso, há pouca transparência e controle social sobre suas ações (PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2000).

Além disso, o apoio e a atuação da Emulti também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente. Desta forma, apresento uma breve definição do NASF e de suas atribuições e deveres dentro da UBS:

É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialistas; Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidade ou serviço hospitalar; Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais; Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas; Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão); Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas ao mesmo espaço/tempo em todas as ações; Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção; Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de atenção básica, agrega a novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção na rede. (Caderno de Atenção Básica nº39, p. 18)

As equipes eMulti, após a portaria nº 635, sancionada em 2023, são divididas em 3 tipos: equipe eMulti ampliada, equipe eMulti complementar e equipe eMulti estratégica, como podemos ver no quadro abaixo:

Quadro 1 - A inserção das equipes eMulti, antigo NASF e apoio matricial dentro das UBS

MODALIDADE DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA MÍNIMA DA EQUIPE	CATEGORIAS PROFISSIONAIS FIXAS A carga horária individual mínima, médica, exigida por equipe é de 10 horas semanais; carga horária individual mínima, das demais categorias profissionais, exigida é de 20 horas semanais.	CBO	DEMAIS CATEGORIAS PROFISSIONAIS POSSÍVEIS A carga horária individual mínima, médica, exigida por equipe é de 10 horas semanais; carga horária individual mínima, das demais categorias profissionais, exigida é de 20 horas semanais.	CBO
eMULTI Ampliada	300 horas semanais	ASSISTENTE SOCIAL OU FARMACÊUTICO(A) CLÍNICO(A) OU NUTRICIONISTA OU PSICÓLOGO(A)	2516-05 OU 2234-45 OU 2237-10 OU 2515-10	ARTE EDUCADOR	5153-05
		FISIOTERAPEUTA OU FONOAUDIÓLOGO(A) OU PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE OU TERAPEUTA OCUPACIONAL	2236-05 OU 2238-10 OU 2241-40 OU 2239-05	ASSISTENTE SOCIAL FARMACÊUTICO(A) CLÍNICO(A) FISIOTERAPEUTA FONOAUDIÓLOGO(A) MÉDICO(A) ACUPUNTURISTA MÉDICO(A) CARDIOLOGISTA	2516-05 2234-45 2236-05 2238-10 2251-05 2251-20
eMulti Complementar	200 horas semanais	ASSISTENTE SOCIAL OU FARMACÊUTICO(A) CLÍNICO(A) OU NUTRICIONISTA OU PSICÓLOGO(A)	2516-05 OU 2234-45 OU 2237-10 OU 2515-10	MÉDICO(A) DERMATOLOGISTA MÉDICO(A) ENDOCRINOLOGISTA	2251-35 2251-55
		FISIOTERAPEUTA OU FONOAUDIÓLOGO(A) OU PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE OU TERAPEUTA OCUPACIONAL	2236-05 OU 2238-10 OU 2241-40 OU 2239-05	MÉDICO(A) GERIATRA MÉDICO(A) GINECOLOGISTA / OBSTETRA MÉDICO(A) HANSENOLÓGISTA MÉDICO(A) HOMEOPATA MÉDICO(A) INFECTOLOGISTA	2251-80 2252-50 2251-35 2251-95 2251-03
eMulti Estratégica	100 horas semanais	NUTRICIONISTA OU PSICÓLOGO(A)	2237-10 OU 2515-10	MÉDICO(A) PEDIATRA MÉDICO(A) PSIQUIATRA MÉDICO(A) VETERINÁRIO(A) NUTRICIONISTA	2251-24 2251-33 2233-05 2237-10
				PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PSICÓLOGO(A) SANITARISTA	2241-40 2515-10 1312-25

Fonte: PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023.

Segundo o caderno de atenção básica nº 27, o apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não necessariamente tem relação direta com o usuário, cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência. O matriciamento funciona dentro das equipes por meio de encontros, onde a gerência da unidade de saúde determina reuniões mensais com cada uma das equipes presentes dentro da UBS e junta-se toda a equipe eMulti para discussão de caso, e nestas reuniões, médicos e enfermeiros fazem a sua primeira avaliação com o usuário, por vezes em atendimentos domiciliares, ou dentro da unidade e após, determinam se o caso deve ser acompanhado também por algum profissional da equipe eMulti. Quando notam, por exemplo, algum caso de desproteção social, e direcionam o caso a assistente social, ou, algum usuário que tenha largado acompanhamento psicológico, prontamente é direcionado a psicóloga da unidade.

Segundo Lopes e Malfitano (2016), o matriciamento frequentemente esbarra em lógicas de produtividade e em estruturas de gestão que priorizam demandas imediatas em detrimento do trabalho intersetorial e da construção de vínculos com

os territórios. Além disso, a rotatividade dos profissionais e a precarização dos vínculos de trabalho também impactam a continuidade e a efetividade do apoio matricial. O matriciamento funciona como uma espécie de “retaguarda especializada” e apresenta dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico. O suporte assistencial se trata de um apoio educativo com e para as equipes, e o suporte técnico pedagógico aborda a produção clínica direta com os usuários com a equipe.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (Campos, 2007, p. 399-400)

Faz parte do imaginário social contemporâneo acreditar que a grande especialização profissional, em especial a médica, é a estratégia mais eficiente para se cuidar da saúde. Sendo assim, os profissionais dessa área vão cada vez mais restringindo seu campo de atuação, ao mesmo tempo em que a população em geral também vai incorporando esses valores e passando a acreditar somente na atuação de um especialista. Nesse sentido, os outros técnicos em saúde terão como tarefa, além de atuar como apoiadores, desmistificar a ideia de que só os especialistas trazem resolutividade. Pelo contrário, tem se trabalhado na perspectiva de que só a integralidade é realmente efetiva na promoção da saúde. (Dimenstein *et al*, p. 69, 2009)

O assistente social, inserido prioritariamente nas equipes ampliadas de saúde, tem um papel essencial na articulação intersetorial, no acolhimento das demandas sociais dos usuários, na mediação de direitos e no enfrentamento das desigualdades sociais que atravessam os territórios atendidos. Sua atuação contribui para a efetivação dos princípios do SUS, especialmente no que diz respeito à equidade e à integralidade da atenção. Como destaca Vasconcelos (2008, p. 148; 152) afirma que, nas unidades básicas de saúde, o assistente social integra a equipe, participando do acolhimento, do acompanhamento de famílias, de ações educativas e de intervenções territoriais, compondo o trabalho coletivo em saúde.

Nessa mesma direção, Bravo (2008, p. 111) destaca que a atuação do assistente social na APS se organiza de forma interdisciplinar e responde às expressões da questão social no território. Nesse sentido, o Serviço Social se insere como um agente fundamental na promoção do cuidado ampliado, com viés investigativo, interventivo, pedagógico, e compromisso ético-político com os usuários do SUS. Essas limitações são particularmente sensíveis, já que sua atuação depende fortemente de espaços coletivos de planejamento e diálogo interdisciplinar. A escassez de tempo, a ausência de agendas compartilhadas e a desvalorização do saber social frente ao saber médico e biomédico dificultam o reconhecimento da contribuição do assistente social no cuidado ampliado.

2.3. Notas sobre o trabalho do Assistente Social dentro da APS.

O Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho possui uma especialização que é desenvolvida no marco do processo de trabalho institucional. Na área da saúde a relação do desenvolvimento do trabalho profissional descende das propostas de regulação e controle da adesão e continuidade do tratamento proposto pelo médico. As primeiras requisições para o Serviço Social foram aliadas ao trabalho da Medicina Social, “estuda a relação entre a saúde de uma população específica e as condições de vida determinadas por uma posição social, os fatores insalubres que exercem influências sobre a saúde” (Bravo, 2013, p. 34).

Os visitantes sociais são substituídos pelos assistentes sociais que assumem a função do controle e assistência à saúde da comunidade. O trabalho desses visitantes pode ser comparado com o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além do trabalho com a comunidade dentro das unidades de saúde, os assistentes sociais eram postos como auxiliares dos médicos no exercício do Serviço Social Médico. A primeira experiência institucionalizada data do início do século XX no Hospital de Massachusetts (Estados Unidos). As atividades profissionais envolviam:

[...] visitas aos enfermos após alta, para verificar os efeitos do tratamento médico e dar instruções à família sobre dietas e a forma de administrar as prescrições médicas; Verificação das influências das condições de vida, sociais e econômicas nas enfermidades dos pacientes, através de contatos com paciente e família e repasse dos dados coletados ao médico; explicação à família da natureza da enfermidade e orientação sobre as preocupações específicas que deve tomar para evitar a reincidência da

doença;obtenção de ajuda financeira para o paciente, através das organizações sociais quando havia necessidade. (Bravo, 2013, 40).

No Brasil, a institucionalização da profissão alinhada ao desenvolvimento das políticas sociais alocam o/a assistente social no processo de trabalho dos Institutos de Aposentadoria e Pensões e anos depois no INSS. Nesse contexto, a finalidade do trabalho profissional era o de fornecer dados psicossociais ao médico para diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar de pesquisas médico-assistenciais.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social originou o processo de Renovação do Serviço Social, que possibilitou à profissão romper com as práticas tradicionais e construir um compromisso ético-político com a classe trabalhadora. Tal processo desvela o significado social da profissão e forma profissionais críticos da realidade que deixam de ser mero executores de tarefas e passam ser responsáveis pela construção de suas propostas interventivas.

O novo direcionamento da profissão possibilita a/ao assistente social identificar e desmistificar as determinações que compõem o contexto social, político e econômico e sua relação com a saúde. O desenvolvimento do trabalho profissional em uma UBS, por exemplo, tende a ser configurado pelo atendimento às demandas institucionais e da população usuária. Este pode ser individual ou em grupo, que se desdobram em ações mais específicas, como a visita domiciliar, que permite conhecer a realidade em locus, possibilitando a desmistificação da realidade do sujeito e a construção de propostas, especialmente de cuidados, junto ao ciclo de proteção dele.

As reuniões de equipe e de rede, principalmente para o matriciamento tanto pode ser considerada uma demanda como uma estratégia para o trabalho profissional por meio delas é possível construir sistemas e propostas que comprometam as instituições e os demais atores sociais na dinâmica dos cuidados e do exercício da proteção social. As atividades burocráticas fazem parte do cotidiano profissional no âmbito da APS. As múltiplas exigências advindas do gerencialismo organizacional do processo de trabalho nas unidades colocar em prioridade a quantidade em detrimento a qualidade e para agilização desses processos a tecnologia serve bem ao propósito do capital. Contudo, vale enfatizar que o acervo tecnológico formata e tecnifica o trabalho profissional, retirando a sua autonomia frente a diferentes demandas. Uma das vantagens nos serviços da APS é a

organização do trabalho por meio de uma equipe multiprofissional, valorizando os diferentes saberes e os colocando em forma de serviços em prol do usuário. A proposta de equipe EMulti exige contínua formação profissional, ou seja, a unidade precisa se tornar uma referência em Educação Permanente de Saúde. O que se nota nas unidades é que essa referência é restrita a programas e atividades de residência e estágio acadêmicos, por vez Bispo Júnior; Almeida (2023) já destacam esse desafio de melhor orientação sobre a organização do trabalho das eMulti. Não é evidente na proposta qual ênfase se espera das eMulti, como deve se estruturar o processo de trabalho e como serão os fluxos e as pactuações com as equipes de APS. Assim, consideramos que, similarmente ao NASF, as novas equipes multiprofissionais carecem de uma identidade quanto ao seu espaço institucional e às atribuições no âmbito da APS.

Para além disso, o eixo gerencial está buscando eficiência, estabelecendo indicadores de produtividade como o número mínimo de atendimentos domiciliares, de atendimentos individuais a ser cumprido, como meta pelo/a assistente social da . Uma prática que exemplifica uma expressão da questão social na relação do trabalho profissional, o qual está condicionado pela necessidade da gestão ao invés de ser regulado pela necessidade da população usuária. Isto é uma manifestação concreta da racionalidade neoliberal, que impacta na autonomia profissional e compromete os propósitos do projeto ético-político da profissão. Porém, para além disso, existem muitas consultas de retorno, pois inseridos no contexto da saúde da família, que valoriza o fortalecimento de vínculo, é possível sentir o alívio de uma mãe ao vir à consulta e poder acessar o Serviço Social e encontrar no profissional um suporte de atenção à sua demanda. Nesse caso relacionada à condição de deficiência intelectual e cognitiva do filho, a mãe consegue um mediador para seu filho a partir da orientação dada, ou que foi concedido o direito a aquele idoso na defensoria pública o direito a fraldas geriátricas de graça. Em meio a precarização do trabalho, é possível ver que o nosso trabalho enquanto mediador de direitos entre o ser humano e o Estado é feito.

O perfil dos usuários, tanto para atendimentos individuais ou domiciliares, no contexto de uma UBS, no que diz respeito ao Serviço Social, em sua grande maioria, são para idosos, e os mesmos buscam informações acerca de benefícios. Ou crianças em situação de violência. Adicionando que, este perfil não falta suas

consultas, os usuários estão sempre em busca de aprendizado e dos seus direitos, que são passados desde seu primeiro atendimento.

No trabalho da APS é importante o conhecimento do território e de suas potencialidades, e em meu campo de estágio, a maioria das nossas ações em território e atendimentos domiciliares eram realizadas por meios próprios, não contávamos com carro do Centro que regulariza a UBS. E além disso, existia extrema vulnerabilidade naquele território, visto principalmente o uso de substâncias ilícitas e negligência de idosos. No cenário da APS, o território não é compreendido apenas como uma delimitação geográfica, mas como um espaço socialmente construído, permeado por relações, vínculos e desigualdades. A compreensão ampliada do território é fundamental para o trabalho do assistente social, pois permite identificar demandas sociais, fatores de risco e recursos locais que contribuem para a construção de respostas mais efetivas e contextualizadas. É nesse território que se concretiza o matriciamento, uma estratégia de apoio técnico-pedagógico às equipes mínimas da ESF, realizado por profissionais das equipes ampliadas, com o objetivo de qualificar o cuidado e ampliar as possibilidades de intervenção diante de casos mais complexos, como os relacionados à saúde mental, ao uso abusivo de substâncias psicoativas e às vulnerabilidades sociais (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O trabalho do/a assistente social na APS tem enormes desafios e barreiras a serem enfrentadas, que podem ter tendência a um burnout, pela extensão territorial, quantidade de pessoas a serem atendidas e a demanda do registro em plataforma online, após cada grupo, atendimento, matriciamento. O assistente social, assim como toda a equipe multidisciplinar desempenha papel fundamental dentro das UBS. A habilidade do profissional em compreender o contexto institucional da Unidade de Saúde onde atua, analisar as limitações tanto das políticas e serviços de saúde quanto da própria profissão, e a partir disso construir estratégias/possibilidades, incluindo abordagens coletivas, é fundamental. Essa abordagem garante a capacidade de ouvir os usuários de forma qualificada, fortalecer a participação social, implementar ações interdisciplinares e intersetoriais, conduzir trabalhos educativos e informativos para promover a democratização da saúde, a prevenção, a promoção e a resolução, assegurando, assim, os direitos da política de saúde. (Paula e Oliveira, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada ao longo deste trabalho, torna-se evidente que o modelo de gestão adotado pelas Organizações Sociais nas Unidades Básicas de Saúde tem impactado negativamente tanto a efetividade das políticas públicas quanto às condições de trabalho dos profissionais, especialmente do assistente social. A lógica gerencialista imposta pelas OSs, orientada por metas, produtividade e contratos frágeis, desvirtua os princípios fundamentais do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade, transformando o cuidado em mercadoria e os sujeitos em números. Ao longo da minha vivência de estágio e da pesquisa teórica, ficou claro que a atuação do Serviço Social nesses espaços tem sido profundamente afetada. A prática profissional é constantemente tensionada entre as exigências institucionais, que muitas vezes reduzem o trabalho a tarefas burocráticas, e o compromisso ético-político com a defesa dos direitos sociais, com a escuta qualificada e com a articulação intersetorial. A precarização dos vínculos de trabalho, a sobrecarga de funções, a desvalorização da dimensão social do cuidado e a falta de reconhecimento técnico são realidades que fragilizam o exercício profissional e comprometem a qualidade do serviço ofertado à população.

Além disso, a proposta do matriciamento, que deveria funcionar como ferramenta de apoio pedagógico e técnico para integrar os diferentes saberes e práticas dentro das equipes de saúde da família, tem sido esvaziada em muitos contextos. Em vez de promover a interdisciplinaridade e fortalecer o cuidado integral, o matriciamento tem sido reduzido a reuniões formais, sobrecarga de demandas e distanciamento das necessidades reais dos territórios. Essa desarticulação compromete diretamente a contribuição do Serviço Social para a construção de uma clínica ampliada e para a defesa dos direitos da população usuária. Portanto, é urgente que se reforce a valorização do trabalho do assistente social nas políticas de saúde, garantindo condições dignas de exercício profissional, espaços reais de planejamento coletivo e reconhecimento da importância da dimensão social no processo de cuidado. É preciso retomar o SUS como projeto civilizatório, público e estatal, onde o matriciamento seja compreendido como prática viva e transformadora e não como instrumento de controle técnico-administrativo. A partir desse entendimento, o Serviço Social seguirá ocupando seu lugar de resistência, reafirmando seu compromisso com a justiça social, a equidade e a defesa intransigente dos direitos da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMMANN, S. B. **Ideologia do desenvolvimento da Comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 12ª ed., 2013.

ANDRADE, J.; SILVA, M.; SOUZA, C. **A seguridade social no Brasil: desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora Saúde Pública, 2023.

BAPTISTA, T. W. de F. **Seguridade social no Brasil: uma discussão sobre as micro relações político-institucionais na definição do modelo de proteção social brasileiro**. Revista do Serviço Público, Brasília, ano 49, n. 3, p. 99–119, jul./set. 1998.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. **Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 10, p. e00120123, 2023.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. (Org.). **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família nº 27**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão**

e para o trabalho cotidiano, nº 39. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, nº 34.** Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola, nº 24.** Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre a APS.** Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde destina R\$ 561 milhões para pesquisas científicas em 2025.** Brasília: MS, 5 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/saude-destina-r-561-milhoes-para-pesquisas-cientificas-em-2025>. Acesso em: 12 out. 2025.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 103–120.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. G. de. **Precarização do trabalho e os impactos sobre a saúde do assistente social.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 136, p. 661-679, out./dez. 2019.

CAMPOS, G. W. de S. **O trabalhador de saúde e o pacto pela saúde no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 1, p. 229-237, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2011.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FONSECA, C. M. **Saúde e previdência: a história da construção do espaço da saúde do trabalhador no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

GERSCHMAN, S. **A descentralização do sistema de saúde: dilemas entre equidade e eficiência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-69, 2000.

GIOVANELLA, L. et al. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora de cuidados?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 447-462, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. **Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: avanços e desafios do Mais Médicos e do provimento de profissionais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2045–2056, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. **Política de Saúde e Atenção Primária: desafios para a coordenação do cuidado no SUS**. *Saúde em Debate*, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. **O apoio matricial como espaço de articulação entre saúde e assistência social**. *Serviço Social & Sociedade*, n. 125, p. 68-89, 2016.

MENDES, E. **Saúde pública no Brasil: políticas e impactos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

OCKÉ, R. C. **A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985-1989**. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 441-474, 1996.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. APUD: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Política e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 459-486.

PAIM, J. S. **O Sistema Único de Saúde: origens, avanços e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec, 2018.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde**

pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. et al. **O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, 2011.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F. A. **A reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: uma história de democracia e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

SANTOS, A. **Direitos sociais e participação política: o papel da seguridade social.** Rio de Janeiro: Editora Democracia, 2021.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, M. L. **A atuação do assistente social na saúde: entre a precarização do trabalho e o fortalecimento do SUS.** Serviço Social em Revista, Londrina, v. 18, n. 2, p. 91-109, 2016.

SILVA, M.; COSTA, R. **Pesquisa e inovação no SUS: desafios e perspectivas.** Brasília: Editora UnB, 2021.

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

VASCONCELOS, A. M. de. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 147–156.

VIANA, A. L. d’A.; BAPTISTA, T. W. F. **Descentralização e mudança no modelo de gestão do sistema de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 311–326, 1999.

VIANNA, M. L. T. **A Seguridade Social no Brasil no contexto das políticas públicas.** IMS/UERJ, 1994.