



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ELENNISE HELLEN SILVA EVANGELISTA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
UMA INSERÇÃO NECESSÁRIA**

JOÃO PESSOA/PB
2022

ELENNISE HELLEN SILVA EVANGELISTA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
UMA INSERÇÃO NECESSÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a ser apresentado à Coordenação de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, semestre 2022.1.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria do Socorro de Souza Vieira.

**João Pessoa/PB
2022**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S111a santos, Elennise Hellen Silva Evangelista Dos.

A atuação da(o) assistente social na atenção básica em saúde: uma inserção necessária / Elennise Hellen Silva Evangelista Dos santos. - João Pessoa, 2022.
79 f.

Orientação: Maria do Socorro de Souza Vieira.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCHLA.

1. Assistente Social. 2. Atenção Básica. 3. Equidade. 4. Saúde. 5. Direito Social. I. Vieira, Maria do Socorro de Souza. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364

ELENNISE HELLEN SILVA EVANGELISTA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
UMA INSERÇÃO NECESSÁRIA**

Monografia apresentada a Coordenação de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 09/12/2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Socorro de Souza Vieira. (Orientadora/ DSS/ CCHLA/ UFPB)

Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Miranda (Membro Avaliadora/ DSS/ CCHLA/ UFPB)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Batista Aurino. (Membro Avaliadora/ DSS/ CCHLA/ UFPB)

João Pessoa/PB

2022

Dedico este trabalho a minha mãe Elzeni e ao meu pai Joseilton, pois são meus maiores incentivadores e tudo que sou e conquistei, devo a eles. Dedico também a minha filha, Lindsay Hêlannie, pois é meu estímulo diário e minha maior riqueza.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pois sem Ele não teria conseguido chegar até aqui, mas Ele me deu ânimo e levantou muitas pessoas para me ajudar durante minha trajetória. A Ele o meu louvor e toda minha gratidão.

Agradeço também desde a coordenação do curso, até o corpo docente, em especial, minha orientadora, Dra. Socorro Vieira, pois a conheci num momento delicado, em que devido à pandemia e um contexto incerto, quase perdi a oportunidade de concluir o curso, mas que através do Projeto Rede Criança, coordenado por ela juntamente com um grupo de professores (as) qualificados (as), tivemos a oportunidade de da continuidade ao curso e agregar muito conhecimento, mesmo em meio às dificuldades.

Agradeço às professoras, Dra. Maria das Graças Miranda e Dra. Ana Lúcia Batista Aurino, por aceitarem o convite de participar da banca, uma honra tê-las participando da minha conquista, pois além de profissionais capacitadas, são seres humanos incríveis, pessoas que acolhem e incentivam.

Agradeço aos amigos que o curso me apresentou, companheiras (os) de lutas diárias, a maioria optou cursar a noite, por trabalhar durante o dia, mas mesmo cansadas (os), buscávamos ofertar nosso melhor, compartilhando os estresses e alegrias juntos, um ajudando o outro. Tivemos o privilégio de ter professoras (res) empáticos, compreensivos, além de excelentes profissionais.

Agradeço aos meus pais, irmãos, por me ajudar e me apoiar com minha filha, permitindo que a responsabilidade de ser mãe solo se tornasse mais amena, por poder contar com uma família tão presente e acolhedora, cujo o apoio em um momento tão frágil foi imprescindível, quando necessitei tomar decisões, quanto a ida para assumir um concurso em outro Estado (Bahia) e, por não ter rede de apoio no novo lugar, precisei deixar minha filha com eles.

Agradeço ao meu cunhado Wagner Santana porque sempre se mostrou solícito e me orientou inúmeras vezes, ajudando-me e me incentivando quando eu pensava não ser capaz. Agradeço a minha irmã Hêmilie e minha prima Neidge, pois foram verdadeiras psicólogas ao me ouvir, usar as palavras certas nos momentos de ansiedade e por me acolherem em minhas fragilidades, compartilhando lágrimas e sorrisos.

Enfim, ao olhar para trás, respiro aliviada porque só Deus sabe por tudo que passei, por quantas vezes pensei em desistir, pois a vida de quem concilia trabalho, estudo e cuidar de uma pessoinha maravilhosa (minha filha), não é fácil. Renunciamos coisas, reorganizamos as prioridades, e das vezes que pensei em desistir, lembrava que tinha alguém seguindo meus passos. Deus através da vida da minha filha me motivava a continuar e hoje posso dizer, venci,

consegui e a única palavra que me vem à mente é GRATIDÃO. Obrigada Deus, familiares, amigos, todos que contribuíram de algum forma para meu crescimento e me impulsionaram a ir em busca de sempre aprender, sempre evoluir, de tentar ser melhor que ontem, caindo, levantando, errando e acertando.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) discorre acerca da importância do exercício profissional da (do) assistente social na área de saúde, especificamente na atenção básica, ao levar em consideração que na unidade básica de saúde em que atuo em outra função técnica, despertou o interesse de compreender o porquê da ausência desse profissional no serviço. Dessa forma, o objetivo geral consiste em pontuar como a (o) assistente social poderá contribuir com a equipe para que o acesso ao direito social à saúde seja efetivado, pois sua inserção é necessária em qualquer espaço sócio ocupacional. Para embasar os argumentos na construção do presente trabalho, utilizou-se pesquisa bibliográfica e documental, com viés crítico, para discorrer de maneira breve o acesso à saúde antes e pós Constituição Federal de 1988, o posicionamento do Estado, através das políticas sociais dentro de uma sociedade capitalista e os desdobramentos para implementação da Política Nacional da Atenção Básica. Após essas considerações elencou-se sobre a atuação e desafios das (os) assistentes sociais, ao pontuar sua trajetória na saúde em cenários permeados por avanços e retrocessos, inclusive na atual conjuntura marcada por fortes ataques e desmontes das políticas sociais e como a (o) assistente social poderá contribuir com a equipe para que o acesso ao direito social relacionado à saúde seja efetivado, ao buscar superar possíveis violações de outros direitos vivenciadas pelos usuários em situações de vulnerabilidade social, compreendendo que o processo saúde-doença está intrinsecamente relacionado aos determinantes sociais e tal profissional é capacitado para atuar frente às expressões da questão social, e desenvolver ações que contribuam para um atendimento humanizado e equânime.

Palavras-chave: Assistente social. Atenção Básica. Equidade. Saúde. Direito Social.

ABSTRACT

The present Course Completion Work (TCC) discusses the importance of the professional practice of the social worker in the health area, specifically in primary care, taking into account that in the basic health unit where I work in another technical role, aroused the interest in understanding the reason for the absence of this professional in the service. In this way, the general objective is to point out how the social worker can contribute to the team so that access to the social right to health is effective, since its insertion is necessary in any socio-occupational space. To support the arguments in the construction of the present work, bibliographical and documentary research was used, with a critical bias, to briefly discuss access to health before and after the Federal Constitution of 1988, the position of the State, through social policies within a capitalist society and the consequences for the implementation of the National Primary Care Policy. After these considerations, the performance and challenges of social workers were listed, by punctuating their trajectory in health in scenarios permeated by advances and setbacks, including in the current situation marked by strong attacks and dismantling of social policies and how (the) social worker can contribute with the team so that access to the social right related to health is effective, by seeking to overcome possible violations of other rights experienced by users in situations of social vulnerability, understanding that the health-disease process is intrinsically related to the determinants social issues and such a professional is trained to act in the face of expressions of the social question, and to develop actions that contribute to a humanized and equitable service.

Key-words: Social worker. Basic Attention. Equity. Health. Social Law.

LISTA DE SIGLAS

ASPS- Ações e Serviços Públicos de Saúde

APS- Atenção primária a saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças)

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

DSM-IV- Sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais

ESF- Estratégia de Saúde da Família

GLS- Gays, Lésbicas e Simpatizantes

IPCA- Índice de Preços ao Consumidor

IPEA- Instituto de Pesquisa Aplicada

NASF-AB- Núcleo de Apoio à Família e atenção básica

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde (OMS)

ONG's- Organizações Não-Governamentais

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Americana de Saúde

PAB- Piso da Atenção Básica

PAISM- Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF- Unidades de Saúde da Família

VPF- Violência Profissional Física

VSer- Violência do Serviço

VSis- Violência do Sistema

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
Capítulo 1- A Política de Saúde no Brasil pós Constituição de 1988: O SUS e o direito à saúde como dever do Estado.....	17
1.1 Estados e as Políticas Sociais no Capitalismo:.....	17
1.2 Breve Resgate da Política de Saúde no Brasil:.....	18
1.3 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):.....	26
Capítulo. 2- Atuação e Desafios das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica e na Saúde Mental:.....	33
2.1 Serviço Social na saúde:.....	33
2.2 Inserção do Profissional de Serviço Social na Política de Atenção Básica:.....	34
2.3 Desafios do Serviço Social na Atenção Básica.....	36
2.4 Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM).....	37
2.5 Programa de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa.....	43
2.6 Política de Saúde Mental:.....	46
Capítulo 3- Políticas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde e a Intervenção do (a) Assistente Social:.....	51
3.1 Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua.....	51
3.2 Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança e Adolescente.....	57
3.3 Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.....	62
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS.....	71

INTRODUÇÃO:

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “A atuação da (o) assistente social na atenção básica em saúde: uma inserção necessária” decorre das experiências e conhecimentos obtidos durante o curso, através dos estágios no Projeto Rede Criança/PB, coordenado pela professora, Dra. Maria Socorro de Souza Vieira, e também pela vice-líder, Dra. Ana Lúcia Batista Aurino, com importantes contribuições das docentes Dra. Maria das Graças Miranda e Dra. Marlene de Melo Araújo, que ampliaram a visão acerca de algumas temáticas.

Ao estimular, na prática, o contato com atividades relacionadas à infância, adolescência, juventude, família e políticas sociais, assim como as experiências compartilhadas pelas supervisoras de campo, em especial, Alânia Albuquerque Cantalicio dos Santos, Jucilene Carvalho Souza de Medeiros e Maria Cristiane de Lima Silva, que ao apresentar sobre suas atuações em diferentes espaços sócio-ocupacionais, contribuíram ao reafirmar o quanto as (os) Assistentes sociais, são indispensáveis em todas as áreas de atuação. Dessa forma, ao atuar numa unidade de saúde e observar a ausência da (o) assistente social no setor, despertou-se o interesse em discorrer o quanto sua inserção é imprescindível para atendimento ampliado e contínuo das ações que promovam o acesso à saúde. Com isso, o principal objetivo a ser abordado nesse Trabalho de Conclusão de Curso consiste em pontuar como a (o) assistente social poderá contribuir com a equipe para que o acesso ao direito social à saúde seja efetivado, pois sua inserção é necessária em qualquer espaço sócio ocupacional.

Dessa maneira, o presente trabalho expõe como a (o) assistente social poderá contribuir com a equipe para que o acesso ao direito social à saúde seja efetivado, ao buscar superar possíveis violações de outros direitos vivenciadas pelos usuários em situações de vulnerabilidade social, compreendendo que o processo saúde-doença está intrinsecamente relacionado aos determinantes sociais e tal profissional é capacitado para atuar frente às expressões da questão social, e desenvolver ações que contribuam para um atendimento humanizado e equânime.

Para melhor embasar os argumentos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, a fim de elucidar algumas questões ao se basear em alguns segmentos populacionais que acessam o serviço, e o contexto social, cultural em que estão inseridos, assim como quais direitos desse público devem ser resguardados. Antes, de forma breve, é importante ressaltar

onde se situa a Unidade de Saúde que despertou o interesse de tratar sobre o referido tema, quais profissionais compõem a equipe e o público que acessa o serviço.

A Unidade Básica de Saúde está situada no bairro Nova Brasília de Valéria e foi inaugurada em 25 de Janeiro de 2018, com o objetivo de ampliar a cobertura na área de Atenção Básica do Distrito Sanitário São Caetano de Valéria, pois, de acordo com relatos dos moradores, os usuários tinham que se deslocar para outros bairros distantes a fim de conseguir algum tipo de assistência. O bairro, Nova Brasília de Valéria¹ é localizado no subúrbio de Salvador e sua população, é composta predominantemente de pessoas de baixa renda que lutam diariamente por melhorias em suas condições de vida, conforme consta nos dados de 2010, o bairro possui 16.716 habitantes. Os profissionais que compõem a Unidade de saúde são uma gerente, três médicos, três enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem, três dentistas, três assistentes em saúde bucal, dez agentes comunitários em saúde, um farmacêutico e dois auxiliares de limpeza.

Para melhor organizar o atendimento da Unidade, conforme as demandas, os profissionais estão divididos em três equipes (azul, rosa e amarela) sendo cada uma delas responsável pela população pertencente à determinada área do bairro. O atendimento é realizado após o usuário ser acolhido na recepção e encaminhado à sala de procedimentos, onde a equipe técnica realiza uma triagem, a fim de avaliar a complexidade da queixa e encaminhar para avaliação médica, da enfermagem ou odontologia, a depender da necessidade do usuário. Nesse momento, observa-se que a inserção da (o) assistente social na unidade seria de importante contribuição com a equipe por se capaz de identificar se determinadas queixas estão relacionadas a algum tipo de violação de direito, refletindo, então, na saúde física e emocional dos usuários. Logo, é fulcral pontuar a importância deste profissional, diante das ações que ela/ele poderá desenvolver de acordo com a realidade existente.

Baseado no contexto social em que está inserida a unidade de saúde aqui destacada, são nítidas várias expressões da questão social, agudizadas pela atual conjuntura em que vivemos, na qual os índices de desemprego e inflação aumentaram, interferindo e refletindo negativamente na saúde física e mental das pessoas, cujas consequências são mais expressivas na população carente e marginalizada. Estes fatores contribuíram com o aumento do fluxo de atendimento a pacientes com doenças crônicas descompensadas, bem como a incidência de pessoas com sua saúde mental fragilizada.

¹ Dados obtidos a partir do site: [https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/nova-brasilia#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20dados,anos%20\(54%2C31%25](https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/nova-brasilia#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20dados,anos%20(54%2C31%25)
Acessado em: 17/06/2022

Para atingir o objetivo geral que norteia esse estudo, que é como a (o) assistente social pode contribuir com a equipe para que o acesso ao direito social à saúde seja efetivado, dividiu-se o trabalho em três capítulos, em que o primeiro discorrerá sobre o acesso à saúde pré e pós Constituição Federal de 1988 e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao fazer um breve resgate da Política de Saúde no Brasil, pontuando de maneira sucinta o processo de construção histórica da saúde no País. Cita também como ocorre a relação do Estado e políticas sociais dentro de uma sociedade capitalista e quais fatores interferem na efetivação do direito à saúde, inclusive seu subfinanciamento. Traz, também, a abordagem sobre quais os princípios e diretrizes que regem a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, assim como as especificidades da Estratégia da Saúde da Família e rebatimentos com a implementação do Programa Previnha Brasil.

No segundo capítulo, Atuação e Desafios das (os) Assistentes Sociais na Atenção Básica e na Saúde Mental, pontuam-se sobre a trajetória do Serviço Social na saúde, como se deu sua Inserção na Política de Atenção Básica à Saúde e os desafios que permeiam a profissão, marcada por avanços e retrocessos, ao depender da conjuntura existente em cada período. Detalha-se, também, como as (os) assistentes sociais poderão intervir ao colaborar com a equipe, em ações destinadas a alguns segmentos populacionais que recorrem às unidades, citando inclusive a Política de Saúde mental.

No terceiro capítulo, baseado em alguns segmentos populacionais que acessam a Unidade Básica de Saúde, há o tratamento sobre os programas e as políticas sociais, desenvolvidos na Atenção Básica à Saúde que contemplam esse público. Aborda-se de forma resumida o contexto histórico para que houvesse conquista de direito à saúde de cada público citado, finalizando com a Intervenção dos Assistentes Sociais frente as realidades apresentadas.

Com isso, observa-se a importância de um trabalho multiprofissional e interprofissional, com o intuito de garantir o acesso daquele público-alvo a um atendimento digno, humanizado, levando em consideração o indivíduo como um todo, de maneira integral, compreendendo que para ter saúde, vários direitos devem ser assegurados na prática, pois a falta deles interferirá diretamente no processo saúde-doença.

É de grande importância que a (o) assistente social componha a equipe, uma vez que ao fazer parte desse processo, não apenas para prevenir doenças, promove saúde através da viabilização de direitos e melhoria da qualidade de vida populacional. Este profissional atua diretamente nas expressões da questão social e encontra respaldo para atuar nas unidades básicas de saúde, inclusive em setores de alta complexidade, por ter embasamento teórico relacionado às diversas políticas sociais, a fim de integrar as equipes multiprofissionais e

subsidiar os usuários que necessitem de sua intervenção profissional, ao esclarecer sobre seus direitos, empoderando tais sujeitos. Conforme cita Sarmento, 2002:

[...] é fundamental a constituição de uma ação profissional que contribua para: o fortalecimento da ação política dos vários segmentos populacionais destituídos de direitos, tornando a necessidade um sentimento consciente, que mobilize intenções e impulse ações; possibilite a superação da alienação produzidas pelas próprias condições sócio-econômicas e transformando-as em direitos reconhecidos e legitimados socialmente; constitua pressuposto para a democracia, justiça e liberdade, como horizonte possível a ser construído com a contribuição dos profissionais de Serviço Social e anunciado em seu compromisso ético-político. (SARMENTO, 2002, p.124)

Logo, a presença desse profissional é imprescindível para eficiência dos serviços assistenciais relacionados à sua área de atuação, respondendo demandas individuais e coletivas. Mesmo o presente trabalho não conseguindo abranger todos os segmentos populacionais e a intervenção dos assistentes sociais frente a todas as realidades existentes, posteriormente em outros estudos, essa lacuna poderá ser preenchida.

Capítulo 1- A Política de Saúde no Brasil pós Constituição de 1988: O SUS e o direito à saúde como dever do Estado.

1.1 Estado e Políticas Sociais no Capitalismo

Ao analisar as políticas sociais, observa-se um vasto processo no decorrer de sua implantação, em que tais configurações estão diretamente articuladas entre os períodos governamentais nas esferas políticas, econômicas e sociais do País. Não se sabe a data exata que surgiram, mas compreende-se que ela é fruto de mobilizações operárias e transformações ocorridas a partir das revoluções industriais, de forma gradual e com particularidades que as diferem de país para país. As políticas sociais, de acordo com Faleiros (1991) apud Piana (2009):

São vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão. (PIANA, 2009, p. 21)

Para melhor compreensão, vale relembrar aspectos importantes sobre tal dinâmica na sociedade capitalista. No século XX, após a Revolução Industrial e os desdobramentos que repercutiram na sociedade, tem início o processo de desenvolvimento dos direitos sociais, o que ocasionou mudanças importantes no princípio igualitário no qual a cidadania se baseia e na diminuição da desigualdade em certos aspectos, quando após disputas de interesse, e correlação de forças entre Estado e sociedade civil, começa-se alguns avanços com relação às proteções sociais. Porém, essas garantias não se referem à benevolência do Estado em ofertar, mas sim em interesses camuflados, pois para que haja acumulação do capital se faz necessário que haja consumo, que haja pessoas capazes de cooperar ou contribuir com a lógica do Mercado.

Conforme explicita, Zambom e Pereira (2017, p. 15-17), há diferentes funções das políticas sociais dentro de uma sociedade capitalista, em que destacam a função econômica, política e social. Na função econômica, as políticas sociais fazem parte de uma estratégia elaborada, cujo objetivo é promover a manutenção e reprodução da classe trabalhadora, pois a mão de obra é algo necessário ao capital. Já a função política, o objetivo principal seria legitimar a hegemonia do Estado e manter a coesão social, numa lógica de concessão, em que se mostra como o benevolente, pelo qual tem a intenção de relacionar garantia de direitos com prestação de favores e manter a sociedade sua aliada e submissa. Por último, existe a política social que exerce função social que é conquistada através da resistência e luta da classe

trabalhadora, a qual lhe é devolvida uma pequena porção da riqueza por ela socialmente produzida. Dessa forma, compreende-se que não há como desvincular políticas sociais das lutas sociais, pois o Estado, dependendo de seus interesses, cede mediante reivindicações. Conforme enfatizado por Behring & Boschetti (2009) se baseando em Barbalet (1989) e Coutinho (1996), a ampliação dos direitos políticos é resultado de reivindicações da classe trabalhadora e que mesmo não conseguindo mudar a ordem vigente, contribuiu de maneira significativa para conquista e ampliação dos direitos sociais, através de pressionar, questionar e mudar a perspectiva do Estado que, mesmo liberal, após as pressões assume caráter mais social e passa a investir em políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.64).

Após essas considerações, compreende-se que as políticas sociais são decorrentes das contradições existentes dentro da sociedade capitalista, cujo objetivo é o acúmulo do capital, e que através das lutas de classe, o Estado intervém ao mediar, através das políticas sociais, às necessidades em valorizar o capital e manutenção da força de trabalho, minimizando, conforme o poder de pressão da classe trabalhadora, as extremas desigualdades sociais, inerentes a tal sistema.

1.2 Breve Resgate da Política de Saúde no Brasil

As políticas de saúde, assim como outras políticas públicas, passam por alterações a cada ciclo de sua trajetória, a cada contexto histórico e até em diferentes períodos governamentais. São mudanças de concepção, configuração dos serviços, na abrangência e nas formas de atendimento à população. Daí a importância de analisarmos, mesmo que de forma breve, como ocorreu no Brasil o processo de estruturação da política de saúde para atendimento à população.

No Brasil, historicamente, os fenômenos sociais foram tratados como problemas de questões individuais. Até os dias atuais, há discursos em que se culpabiliza o indivíduo pela sua situação de pobreza. No entanto, no decorrer da própria história, outros teóricos compreenderam os problemas sociais como expressões da questão social, ou seja, uma problemática oriunda da relação capital-trabalho. Conforme cita Marx (1980): “O capitalismo, como sistema social de produção de valores, tem como resultado do seu próprio desenvolvimento a acumulação de capital por um lado, e a pauperização absoluta e relativa por outro.” (MARX, 1980, p.712). Ou seja, na sociedade capitalista há de um lado os detentores do modo de produção e do outro aqueles que necessitam da força de trabalho para sobreviver, mas que ao contribuir para geração de riqueza, não obtém repartição dessa riqueza de maneira justa, pois para desenvolvimento do capital, os detentores do modo de produção priorizam a

acumulação do capital e não sua repartição. Por esse motivo, na proporção que há um aumento na produção de riqueza socialmente produzida, há também aumento da pobreza. Esse processo na relação capital-trabalho é indissociável.

Com o agravamento e a falta de respostas para a questão social, a visão positivista foi dando espaço à concepção crítica dos problemas sociais. E através disso, os movimentos sociais, na luta pela garantia de direitos, foram extremamente importantes neste processo, muito embora no plano da gestão governamental, a atenção à saúde e outras políticas públicas, sempre estiveram atreladas ao movimento do capital.

Dando início a construção histórica da saúde no país, começou-se a observar uma série de desdobramentos, inclusive a luta por mudanças e melhoria no sistema previdenciário brasileiro. Entre final do século XIX e início do século XX, o café passou a ser considerado o impulsionador da economia brasileira, liderando as exportações, seguido da borracha, açúcar, confirmando a hegemonia cafeeira, conforme explicita Almeida e Engel (2016):

Historicamente não se poderia negar que o café foi o núcleo em torno do qual grande parte da economia brasileira esteve articulada (direta ou indiretamente) e também o fulcro da política econômica daquele período histórico, pois a economia cafeeira era bastante complexa, indo além dos cafezais, incorporando atividades comerciais, de transporte, bancárias e outras de natureza urbana. (ALMEIDA; ENGEL 2016, p.585)

Nesse processo, a saúde no Brasil é caracterizada pelo aparecimento de epidemias e doenças infectocontagiosas, que estavam relacionadas ao aumento das exportações, imigrações e aumento do movimentos nos portos. Esses problemas passaram a interferir no comércio nacional quando embarcações recusaram atracar nos nossos portos, forçando o poder público a agir diante dos problemas de saúde. Assim a falta de atenção à saúde deixou de ser tolerável e virou caso de polícia, para poder garantir os interesses nacionais. Conforme cita, Polignano (2001):

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, [...] Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo. (POLIGNANO, 2001, p.2)

De acordo com Mendes (1992) apud Polignano (2001, p.06): “Desde o final do século XIX até o início dos anos 1960, predominou o modelo do sanitarismo campanhista”. Observa-se que a assistência em saúde nesse período era apenas intervenção do Estado voltadas as vacinas obrigatórias, saneamento. No entanto, grande parte da população ainda permanecia

dependendo das casas de caridade e dos curandeiros, pois não havia acesso à saúde de maneira universal e equânime.

Nos anos de 1930 a 1945 o país vivencia a Era Vargas, caracterizada pela aproximação do regime político com as classes operárias, momento da história em que são criadas as Leis Trabalhistas e a criação do Ministério da Saúde e do Trabalho, fatos que demonstram as conquistas para classe trabalhadora, após pressão e lutas populares. Entretanto, o modelo médico assistencial nesse período era privatista, pelo qual só podia usufruir quem contribuísse.

Conforme Batich (2004, p.33), na segunda década do século XX, vamos ter a gestação do processo de industrialização e o desenvolvimento de uma classe operária que passa a exigir melhorias nas condições de trabalho. A autora enfatiza: “A ordem de criação deste tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho.”. Dessa forma, através das greves dos trabalhadores nos anos 1917, 1918 e 1919 foi possível avanços na luta por direitos, sendo uma dessas conquistas a Lei Elói Chaves em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Contudo, o acesso à saúde tornou-se contributivo, então apenas aqueles que trabalhavam, conseguiam usufruir desse direito e aqueles que não estavam inseridos no mercado de trabalho, e nem dispunha de recursos financeiros para recorrer à assistência particular, continuava a depender da caridade ou filantropia, conforme citam Oliveira, Sacomano, Donadone (2022):

Durante o século XIX e metade do século XX não havia um sistema de saúde público com retaguarda hospitalar para toda a população brasileira. Enquanto os mais abastados eram atendidos por médicos particulares, os pobres e indigentes dependiam da caridade e filantropia das Santa Casas. (OLIVEIRA, SACOMANO, DONADONE, 2022, p. 09).

Um vasto processo a percorrer para que o acesso à saúde fosse garantido a todo cidadão ainda era necessário, sendo contribuinte ou não. Na Era Vargas as políticas sociais conquistadas eram uma forma de o presidente se mostrar benevolente, ofertando serviços de saúde, mas com o intuito de conter as reivindicações que surgiam, na tentativa de tornar o povo seu aliado e permanecer no poder.

Em 1964, nos deparamos com o golpe militar, dando outro rumo à saúde do país, pois passou a ser fortalecido o modelo de saúde capitalista priorizando os hospitais, os remédios e reforçou o modelo de atendimento apenas para os contribuintes da previdência. Porém, a

situação foi ficando insustentável até para quem contribuía, conforme explana Polignano (2001):

[...] ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia. (POLIGNANO, 2001, p.15).

Nesse contexto de disputas de interesses, a sociedade se encontrava em grande pressão popular por reforma social em diversos setores, inclusive a saúde já havia sido pauta na 3ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963, na qual se defendeu uma saúde com acesso para todos, contribuintes ou não, e mesmo em contexto ditatorial a conquista por direitos ocorria de maneira não linear, oscilando entre avanços e retrocessos.

Chegado os anos 1980, há grande pressão dos movimentos sociais, dando fim ao regime militar, momento em que houve a transição democrática através das Diretas já (1985), demonstrando a insatisfação da sociedade com a opressão militar. É a partir dessas lutas, reivindicações e grande mobilização nacional, que o movimento da Reforma Sanitária², atrelada ao clima de movimentos sociais, buscou abordar uma nova concepção de saúde, cujo objetivo seria conquistar o acesso aos direitos para todo cidadão de maneira universal e igualitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que tem a grande participação popular, é o pontapé inicial para o projeto do Sistema Único de Saúde³ (SUS), que surgirá para lutar por esses interesses, sendo marcado por muitas reivindicações dos indivíduos e dos movimentos. Constata-se que sem lutas não haveria conquistas de tais direitos, conforme enfatiza Fleury e Ouverney (2008):

[...] os movimentos sociais que emergiram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social. (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.7)

² Informações complementares sobre a reforma sanitária disponíveis em:

<https://portaldareformasaneitaria.org/services/reforma-sanitaria/>

Acessado em: 17/06/2022

³ Verificar as mudanças do antes e depois da criação do SUS – a Saúde no Brasil: Antes e Depois. Disponível em:

<<http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php>>

Acesso em: 17/06/2022

Dessa forma, observa-se que a primeira e mais importante conquista vem em 1988, com a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde, em que compõe o tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Esta conquista é fruto das lutas empenhadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, expressa com o intuito de mudar e transformar a área de saúde, sempre buscando melhoria das condições de vida da população em geral.

Com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado garanti-la, conforme dispõe no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998).

Como já foi dito, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, no território nacional, o atendimento médico nos serviços públicos de saúde apenas era prestado àquelas pessoas que contribuíram com a Previdência Social e os que não tivessem incluídos, dependiam da filantropia. Após a Constituição de 1988, todos passam a usufruir de tal direito de maneira universal, sendo uma importante conquista decorrente de inúmeras tentativas e persistência, travadas por milhões de brasileiros por décadas, direito este que até hoje usufruímos.

Neste novo cenário, o conceito de saúde modifica-se, não sendo mais denominada como ausência de doenças e sim, abordado de maneira holística, conforme aborda Dalmolin (2011, p. 390) a respeito da Organização Mundial de Saúde (1946): “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”.

Diante do exposto, compreende-se que para ser garantido tal direito se faz necessário dispor de outras condicionantes, pois tudo refletirá na saúde do indivíduo. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde foi elaborado com o intuito de abranger todas essas particularidades, sendo constituído por princípios e diretrizes, bem como regulamentado pelas Leis Orgânica da Saúde 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990, sendo esta última referente à participação da comunidade. Mas quais seriam esses princípios e diretrizes que compõe o Sistema Único de Saúde?

Os princípios e as diretrizes do SUS estão na Constituição Federal de 1988, regulamentados e reafirmados no capítulo II, artigo 7º da lei 8.080/1990, tendo os seguintes princípios doutrinários, conforme cita o Ministério da Saúde:

Universalidade: Garantir aos usuários, sem qualquer tipo de discriminação, acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Integralidade: 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.

Equidade: Tratar os desiguais de forma desigual, ou seja, adequar o atendimento às necessidades de cada indivíduo.

E as seguintes diretrizes / princípios organizativos: Regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. (BRASIL, 1990)

Mesmo com os inúmeros desafios a serem superados, não se pode negar que os avanços foram muito significativos para sociedade, sejam através de ações de prevenção ou com a promoção de saúde, pois garante pleno acesso aos usuários.

Após retrocessos e avanços, o conceito de saúde amplia-se e outras questões passam a ser levadas em consideração como determinantes ou condicionantes que refletem na saúde do indivíduo, conforme consta no artigo 3º da lei 8080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Além disso, a Organização Mundial de Saúde conceitua de forma abreviada os Determinantes Sociais de Saúde, como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e incluem-se também condições biológicas de cada indivíduo, conforme cita Lopes (2020):

[...] entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e a recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestada. (LOPES, 2020, p.87)

Dessa forma, entende-se que para promover saúde e prevenir doenças, deve-se levar em consideração um conjunto de fatores, elaborar compromissos políticos e determinar ações governamentais, ao disponibilizar estratégias para concretização de políticas públicas voltadas às necessidades de cada região. Sendo assim, compreende-se que o trabalho multiprofissional nas instituições que prestam assistência à saúde deve ser indispensável, pois fará parte de um desses instrumentos, cujo objetivo é a garantia do direito e acesso à saúde de maneira abrangente. Portanto, se faz necessário que haja maior investimento nessa área essencial a todo indivíduo, pois a saúde está intimamente ligada ao princípio da dignidade humana, sendo ela o sustentáculo para consolidação de outros direitos. Então, por qual motivo, apesar de constar em

lei o arcabouço perfeito para uma assistência de qualidade, observa-se uma precariedade ao acessar o serviço de saúde pública?

Um dos motivos que pode ser destacado se refere ao financiamento da saúde pública no Brasil, que infelizmente sempre se deu de forma precarizada. Os recursos que deveriam ser investidos de maneira correta, são mal gerenciados, refletindo nas ações e resultados desta área tão importantes para todo indivíduo. Por isso que há divergência entre o que consta na lei e a realidade vivenciada pelos usuários da saúde pública. Conforme citam, Gadelha, Noronha, Castro, Pereira (2021):

[...] Essa discrepância entre o SUS “real” e o SUS “constitucional” vem sendo objeto de inúmeras análises nas últimas décadas, e o subfinanciamento crônico tem sido apontado como uma de suas principais causas – se não a principal. O crescimento econômico medíocre nas últimas décadas e a grave recessão verificada no período recente formam um círculo vicioso em que a perda de arrecadação impede medidas e políticas que poderiam atenuar os efeitos sociais perversos da crise, ao tempo em que as imposições da austeridade fiscal inviabilizam o investimento público, perpetuando taxas de crescimento baixas. (GADELHA, NORONHA, CASTRO, PEREIRA, 2021, p.21)

Embora se tenha uma das maiores conquistas para o povo brasileiro, é notório que o SUS apresenta uma fase histórica repleta de impasses, mesmo sendo considerada uma das maiores conquistas nos últimos anos, por revelar-se uma política incluyente, porém garantir essa integralidade diante das variações orçamentárias e financeiras desse sistema, assim como desmontes de uma conjuntura neoliberal, tem sido um grande desafio. Tais desafios impossibilitam que um dos princípios fundamentais, que constam na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, se cumpra efetivamente, quando diz que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado.*” (BRASILa, 1988).

O subfinanciamento tende a restringir a possibilidade desta política social, que fica visível a não legitimação desses cortes de orçamento da saúde, quando se observa as bases que compõem a política do SUS e em seus princípios que defendem a universalidade, a integralidade e a equidade da saúde, e na prática não se consegue visualizar como são efetivadas, justamente por ajustes fiscais e diminuição de investimentos.

Assim tem sido a trajetória do SUS, logo após ser implementado, mal teve tempo de se consolidar adequadamente, deparou-se com as práticas neoliberais, após a crise do capital nos anos de 1970, conforme cita Mandel (1990, p.27) como uma “clássica crise de superprodução”, uma série de prejuízos é desencadeada e interfere no estado de bem-estar social de forma generalizada.

Nos anos 1980, emerge com toda força o projeto neoliberal, cuja principal característica consiste na redução do papel do Estado e ampliação da esfera do mercado econômico. No Brasil, o neoliberalismo teve início no governo de Fernando Collor em 1989 e se consolidou nos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 1998 e 1999 a 2002), em que se elaborou um conjunto de medidas com o intuito de controlar a inflação e modernizar o Estado. As medidas, embasadas num plano de governo neoliberal, foram, dentre outras, o ajuste fiscal, redução do tamanho do Estado, privatização, abertura comercial, terceirização. Conforme cita, Porto (2009):

[...] Quanto às principais razões da adesão do Brasil ao projeto neoliberal, têm destaques o agravamento da crise econômica, desencadeada entre os anos de 1989/1990, e o esgotamento do modelo intervencionista estatal, inaugurado na década de 30. [...] Contudo, a implementação dessas diretrizes, genuinamente neoliberais, culminou na realidade com o aprofundamento da recessão, a qual atingiu o conjunto da sociedade brasileira [...] Quanto aos seus efeitos, tem-se que eles repercutiram densamente no recrudescimento da inflação, no aumento do desemprego e na precarização das políticas sociais. (PORTO, 2009, p. 03, 05 e 06)

Observa-se que as medidas adotadas no plano de governo neoliberal são sustentadas em cortes orçamentários nas diversas políticas públicas. Na área da saúde, encontra-se o corte de investimento, privatizações, terceirizações, emendas e Propostas de Emenda à Constituição (PEC's) que dão forças a essas práticas inconstitucionais, deixando nossa política de saúde fragilizada diante de tanto retrocesso.

Estudos apontam que os males desta prática implantada ao SUS se encontram na complexidade do sistema tributário brasileiro e na necessidade de revisão das distribuições das competências entre estados, municípios e União após a Constituição de 1988, bem como a lógica financista que é iminente aos investimentos do país. De acordo com Santos (2016), presidente do Conselho Nacional de Saúde, tal instituição (CNS):

[...] mobilizou e unificou a luta da sociedade brasileira em prol da ampliação do financiamento de um sistema e de qualidade na atenção à saúde, reunindo mais de 2,2 milhões de assinaturas para a apresentação de um projeto de lei de iniciativa popular, o Saúde + 10 (PLP 321/2013) com a proposta de alocação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas para o orçamento Federal do SUS. (SANTOS, 2016, p.5)

É válido salientar que esse projeto de lei não foi aprovado pelo Congresso Nacional, em seu lugar foi votada a Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015). O embate entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o legislativo continuaria. Desse modo, o Conselho Nacional de Saúde assume a luta pela aprovação da PEC 01/2015, que ampliaria os percentuais de aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e foi aprovada em abril

de 2016. Como se sabe, direitos conquistados são sempre permeados por lutas e resistência, então esse cenário de conquista mudaria dois meses depois, quando o governo federal encaminha à Câmara dos Deputados a PEC 241/2016, que trata do “novo regime fiscal”. Em suma, tal proposta estabelece um limite para as despesas primárias, nos níveis pagos em 2016, corrigidos pela variação do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), no período de 20 anos (2017 a 2036). Indo de encontro a esse pensamento, Rossi e Dweck (2016) afirmam que:

[...] a proposta de novo regime fiscal enviada ao Congresso Nacional pelo governo Temer propõe uma regra para as despesas primárias do governo federal com duração de 20 anos e possibilidade para revisão-restrita ao índice de correção-em 10 anos, por meio da Proposta de Emenda Constitucional 241/2026(PEC 241), aprovada pela Câmara dos Deputados e em tramitação no Senado Federal como PEC 55. (ROSSI E DWECK, 2016, p.1).

Dito isso, observa-se que essa reforma fiscal não é um plano para que ocorra a estabilidade das contas públicas, porém, um projeto que reduz drasticamente o tamanho do Estado, tendo a PEC 55 aberto espaço para o sucateamento de serviço de forma a atingir a eliminação do caráter universal.

Nesse período de decréscimo na política social de saúde, o Conselho Nacional de Saúde, à população, instituições, movimentos sociais e profissionais de saúde são fundamentais para construção de uma agenda de teor estruturante da saúde pública no país, em defesa do SUS universal e igualitário, participando dos debates e engajando-se na luta, cujo objetivo seja o melhor repasse de recursos a áreas tão importantes, a fim de pôr um fim no subfinanciamento, revertendo assim a uma política de cunho igualitário.

1.3 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

A Política Nacional de Atenção Básica é regulamentada pela Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011, em que estabelece revisão de normas e diretrizes para melhor organizar a Atenção Básica ou os serviços ofertados à comunidade. Conforme destaca o Ministério da Saúde (2012), os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, são:

I- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] A unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. [...] A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e

resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção; III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. [...];

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; [...] A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial [...]

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. (BRASIL, 2012, p. 21 e 22)

Dessa forma, compreende-se que vários fatores baseados nas diretrizes previamente citadas, assim como os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser levados em consideração ao oferecer a assistência, pois são parâmetros norteadores para que seja ampliado a resolutividade das ações.

Além de profissionais engajados, faz-se necessário que os gestores também se comprometam ao valorizar as diversas profissões, fomentando estratégias que promovam melhorias nas condições de trabalho e fortaleçam o conceito de saúde como resultado do contexto social, econômico e social. Logo, para promovê-la deve-se tentar superar a cultura que saúde é apenas ausência de doença, conforme enfatiza o documento Humaniza SUS (BRASIL, 2010, p.15) deve-se “superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural”; dessa forma, todas as práticas de atenção devem valorizar a dimensão subjetiva, a fim de que sejam atendidas todas as necessidades do público que busca o serviço.

Outro ponto que merece atenção para uma assistência de qualidade refere-se, além da multiprofissionalidade, à inclusão da interprofissionalidade na Atenção Básica, pois contribui para um atendimento aos usuários, que leva em consideração as ações multiprofissionais que promovam o acesso à saúde, como forma de prevenir doenças, ou seja, enfatiza a integralidade

no atendimento, através da contribuição de diferentes saberes profissionais, articulando ações, sem fragmentar o cuidado. Conforme cita, Bergamasquine, Da Silva e de Castro (2021):

O trabalho em equipe interprofissional é fundamental no atendimento integral em saúde, tendo em vista a complexidade crescente das demandas de saúde. O reconhecimento da imprescindibilidade da realização de ações articuladas entre as diferentes profissões constitui um avanço no que tange a essa integralidade das ações e serviços do SUS. (BERGAMASQUINE; DA SILVA; DE CASTRO, 2021. p. 14).

Os autores acima deixam claro que é necessário discussões coletivas acerca dessa temática para despertar nos profissionais a compreensão que por mais que hajam especificidades que diferem uma profissão da outra, através do dialogo, uma ação complementa a outra, possibilitando um atendimento mais efetivo.

Especificidades da Estratégia da Saúde da Família e rebatimentos com a implementação do Programa Previne Brasil

Conforme se observou nos itens anteriores, o setor saúde passou por importantes inovações e incontáveis processos em sua trajetória, sempre através de lutas, cujo objetivo era eliminar as problemáticas e garantir assistência de qualidade. Desde o Brasil Colônia, até o século XX, houve várias mudanças e reestruturação na saúde pública brasileira, pois se antes não havia ações assistenciais amparadas por lei, em que responsabiliza o Estado a garantir acesso a saúde de maneira universal, após a Constituição Federal de 1988, surgiu um Modelo assistencial pautado na promoção da saúde, incluindo mecanismos para que houvesse a participação social para efetivação de direitos, significativo avanço no que se refere a proteção social.

Em 1994 surge no Brasil um modelo assistencial baseado na atenção básica ou atenção primária e nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), denominado Programa de Saúde da Família. Por volta do período compreendido entre 1998 a 2002, houve uma mudança em sua nomenclatura, quando passa a ser considerado Estratégia de Saúde da Família, deixando de ser apenas um programa focado na prestação de atendimento para a população excluída ou que não tivesse acesso à saúde, passando a ser estratégia que contemplasse as ações da atenção básica. (BEZERRA, 2018)

A Estratégia de Saúde da Família, alinhada a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada ou primeiro contato do usuário na rede de assistência à saúde. Então se busca cumprir o acesso a tal direito de maneira universal, a todo cidadão que necessite de atendimento integral,

levando em consideração as necessidades individuais de cada usuário, promovendo a saúde de maneira humanizada, conforme consta no Programa Nacional de Atenção Básica.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS's) ou Unidades de Saúde da Família (USF's) fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e buscam atender toda população pertencente a sua área de abrangência, na tentativa de promover a saúde populacional e diminuir a sobrecarga em hospitais. Conforme cita Costa Neto (2000):

Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutive, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. (COSTA NETO, 2000, p.12)

Logo, há necessidade de envolvimento multiprofissional junto a comunidade, através de atividades individuais e coletivas, cujo objetivo seja a garantia de uma assistência contínua que atenda a todos de maneira integral e com qualidade.

Com o intuito de contribuir com a implementação da ESF, surgiu o Núcleo de Apoio à Família e atenção básica (NASF-AB), conforme cita Bezerra 2018:

Tal núcleo apoiador deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos, sanitários e ambientais do território. (BEZERRA, 2018, p.70)

O NASF presta apoio às equipes que compõem a ESF e vários profissionais da atenção primária (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e dentre outros) passaram a fazer parte da equipe, contribuindo com uma assistência abrangente. Esta nova configuração segue o que determina a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que ao observar as demandas dos usuários, instituiu a implementação dessas medidas, cujo objetivo é prestar assistência multidisciplinar, pelos quais vários profissionais de diferentes áreas de atuação cooperam entre si garantindo a melhor resolução das ações. Porém, o NASF passou por alterações em seus instrumentos normativos. Após um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (Programa Previner Brasil)⁴, instaurado em 2019, é exemplo mais recente da Emenda Constitucional n. 95/2016 (EC-95/2016) (BRASIL(a), 1988), que congela orçamentos destinados à saúde por 20 anos. No Previner Brasil, o repasse dos recursos direcionados aos municípios são modificados e o orçamento passa ser calculado a depender da

⁴ A portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

quantidade de pessoas cadastradas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de resultados de um grupo de indicadores. Conforme cita o Ministério da Saúde (2019):

O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional. (BRASIL, 2019 d)

Para melhor compreender, é importante citar como funcionava o financiamento antes do Previner Brasil. Em 1997, através da portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97 e alterada em 1998 sob a portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, é estabelecido o piso da atenção básica e sua composição. No artigo 1º, que versa sobre gerência do Piso da Atenção Básica (PAB) da referida lei, consta que é um valor per capita, em que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deveria financiar a atenção básica à saúde, garantindo um mínimo de ações e procedimentos, que constam na portaria citada. O PAB era composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos, a depender de alguns indicadores, a fim de estimular o desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica, e todas as cidades brasileiras receberiam os recursos do Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática. Com a implementação do Previner Brasil (2019), houve alteração e os recursos são repassados a depender da quantidade de pessoas em vulnerabilidade social (quem recebe benefícios sociais, crianças e idosos), cadastrados no serviço.

O Ministro da Saúde no período de 2019, Luiz Henrique Mandetta, argumenta e incentiva a mudança ao dizer que não é possível administrar sem medir, pois “*sem métrica, não há gestão*.”. Este entendimento vai de contra a argumentos de estudiosos que rebatem tal proposta por ferir o caráter universal do SUS, conforme cita Massuda, 2020:

Ao se adotar a captação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per-capita, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde. Imediatamente, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. [...] embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento será dependente da efetividade do cadastro, o que deve variar substancialmente no

⁵ Declaração dada pelo então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta durante o encerramento do conahp de 2019.

Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/conahp/ministro-da-saude-falou-sobre-os-desafios-da-saude-brasileira-no-ultimo-dia-do-conahp-2019/>

país. Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto que para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa. Consequentemente, pode-se incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade. (MASSUDA, 2020, p.1185)

Baseado neste entendimento, observa-se que o primeiro critério estabelecido através dessa mudança, agudiza a precariedade do serviço ofertado, pois será inviável atingir a meta de cadastrar todos os que verdadeiramente necessitam. Logo, os recursos enviados, não contemplarão a real situação da população. Outra crítica se refere ao incentivo financeiro ao avaliar o desempenho das equipes, baseado nos indicadores de Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas, pois ao invés de estimular as equipes, poderá fazer que alterem o seu trabalho e priorizem indicadores que estão sendo monitorados. Conforme enfatiza Massuda (2010, p.1185), “[...] o instrumento pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação”. E por fim, a nova política não financia equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme enfatiza a Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS (2020):

[...] alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)[...] Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe.[...] tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais. (BRASIL, 2020, p. 1 e 2)

Observa-se que tal medida, fragiliza o cuidado integral ofertado aos usuários pela equipe multiprofissional e ocasiona outros desdobramentos que trazem inúmeras consequências, pois cada profissional possui sua importância e é um diferencial nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Dito isso, considera-se uma disputa acirrada, com relação a dualidade de interesses voltados a saúde, de um lado, há o projeto neoliberal, cujo interesse é privatizar e fragilizar o modelo assistencial para justificar cortes e desmontes, e de outro, um projeto democrático que almeja a cobertura assistencial à saúde de maneira universal e igualitária. Com a implantação do Programa Previne Brasil há o comprometimento do direito de garantir assistência universal e integral a todo indivíduo que necessita do serviço, conforme destaca Lígia Maria 2022:

[...] A nova carteira de serviços destitui a integralidade e a multiprofissionalidade, atendo-se à figura do médico como principal agente de solução das demandas de saúde; A proposta de financiamento do Previde Brasil, somada à nova carteira de serviços, acirra a disputa entre os modelos de saúde, permitindo que largue na frente o modelo biomédico tradicional. Esses foram os primeiros passos do atual governo em um caminho tortuoso que tem como destino a reconfiguração do SUS para a lógica de financiamento privado, desvirtuando os resultados da luta social [...] (MARIA, 2022, p. 5).

Dessa forma, compreende-se que não há como conceituar sobre as especificidades da Estratégia da Saúde da Família e sua importância, sem pontuar os retrocessos e desmontes vivenciados no atual momento, que impacta diretamente tanto os profissionais quanto os mais vulneráveis.

Capítulo. 2- Atuação e Desafios das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica e na Saúde Mental:

2.1 Serviço Social na Saúde

Ao debater sobre tal temática, faz-se necessário compreender tanto os avanços quanto os retrocessos ocorridos na trajetória do Serviço Social. Porém é importante salientar o contexto histórico, pois explicará e influenciará em alguns rebatimentos para o Serviço Social.

Sabe-se que a profissão surgiu no Brasil no final do século XIX e início do século XX, quando sua atuação se voltava a atividades filantrópicas vinculadas a entidades religiosas, ou seja, suas ações serviam para atenuar ou encobrir as contradições criadas pelo capitalismo. Antes da década de 1930, o conservadorismo profissional baseava-se nas ideias neotomistas, tendo como referência as Encíclicas Papais Rerum Novarum e o Quadragésimo Ano, baseadas no pensamento da Igreja Católica, que induzia as pessoas a não questionar o pauperismo, mas se conformar com sua situação, pois era determinação divina. (PINHEIRO, 2015)

Logo, o Serviço Social reproduzia tais ideias de tratar apenas o problema, não se detendo a análise minuciosa da questão social. Com relação à área de saúde, não era diferente, conforme cita Ellana Pinheiro (2015):

A ação dos assistentes sociais na área da saúde no Brasil foi inicialmente relacionada à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, e era denominado de serviço social médico. Nas campanhas sanitárias, o profissional de serviço social desenvolvia basicamente a função de educador sanitário. (PINHEIRO, 2015, p. 6-7).

Dessa maneira, outras questões não eram abordadas, não havia ainda a análise sobre os determinantes sociais e sua relação no processo saúde-doença. Nota-se que as mudanças ocorrem paulatinamente em diversos setores da sociedade, decorrente de inúmeras lutas e com o Serviço Social não foi diferente. A partir dos anos 1980, houve a intenção de ruptura da profissão com o conservadorismo ao tentar assumir uma nova vertente metodológica, baseada numa teoria marxista e crítica da realidade. Porém, os profissionais que defendiam tal vertente teórica se encontravam em sua maioria nas Universidades, tendo pouca ascensão nos serviços. (CFESS, 2010).

Os avanços conquistados pela profissão, com relação ao exercício profissional na saúde, ocorreu de maneira lenta, inclusive na década de 1990, ainda observava-se um insuficiente arcabouço teórico sobre as demandas em saúde, assim como uma desarticulada categoria, tendo que lidar num cenário em que o projeto neoliberal se instalara e dois

projetos políticos disputavam a área de saúde, ao exigir diferentes atuações do Serviço Social. Conforme cita Bravo (1998) apud CFESS (2010):

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS 2010, p.25).

Assim, um projeto privatista exigia que o profissional atuasse de maneira assistencialista e conservadora e o outro estimulava a atuação de maneira crítica, dando liberdade inclusive para a participação popular na resolução de determinada problemática. Tais desafios se perpetuam até os dias atuais, porém a depender do viés político, uns desses projetos são mais fortalecidos, numa conjuntura neoliberal darão mais ênfase ao projeto privatista.

2.2: Inserção do Profissional de Serviço Social na Política de Atenção Básica:

A promoção de saúde passa a ser preconizada pelo Ministério de Saúde (2006), com a finalidade de garantir a melhoria na qualidade de vida populacional. Logo, o Serviço Social vem conquistando seu espaço na atenção básica após lutas e reivindicações junto aos seus órgãos de classe, Conselho Regional de Serviço Social - CRESS e Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Ao reafirmar sua importância, os Conselhos demonstram que contribuem com ações que promovem a saúde do indivíduo, pois através de olhar crítico acerca da realidade e saber profissional, há uma visão ampla dos fatores que colocam em risco a efetivação dos direitos sociais. Porém, observa-se que mesmo tendo sua importância no serviço e sendo primordial sua presença nos diversos espaços sócio ocupacionais, devido ao contexto de desmontes, tem sido desafiador ao Serviço Social que necessita enfatizar o projeto ético-político profissional e a necessidade de continuar construindo condições de afirmação de direitos a população excluída que excedam a prática curativa.

Através da implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, cuja principal diretriz praticada por esse Núcleo se refere a integralidade, outras profissões passaram a fazer parte da Equipe de Saúde da Família, ao compreender a importância de elaborar a assistência baseado na necessidade populacional, levando em consideração contexto social, econômico e cultural, conforme enfatiza o Ministério da Saúde (2010):

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos Nasf. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. (BRASIL, 2010, p. 16)

Dessa forma, observou-se a necessidade de haver uma equipe multiprofissional, incluindo o Assistente Social como parte integrante dessa equipe, pois no referido ambiente de trabalho depara-se com diversas expressões da questão social, negação de direitos e até desconhecimento desses direitos, exclusão social, vínculos familiares fragilizados, negligências, abuso, enfim, pessoas em vulnerabilidade social que buscam atendimento médico, porém sua doença é apenas a ponta de um iceberg. Então, se faz necessário observar os condicionantes e tentar buscar soluções para a raiz do problema. Dito isso, o Ministério da Saúde (2010), destaca sobre a inserção do Assistente Social no NASF:

[...] a estruturação de uma área estratégica do serviço social no Nasf deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e suas ações junto às equipes de Saúde da Família deveriam voltar-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social. [...] o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procuram conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. (BRASIL, 2010, p.88 e 89)

Baseado nisso, o NASF pontua os objetivos e ações que devem ser realizadas pelas diversas categorias. Este trabalho enfatizará quais ações espera-se do assistente social nesse espaço sócio ocupacional. Com o intuito de organizar e subsidiar o processo de trabalho em saúde da família elaborou-se dois quadros, um com os objetivos e o outro com as ações que devem ser realizadas, a fim de atingir os objetivos previamente traçados, conforme consta no Caderno da Atenção básica (Diretrizes do NASF) 2009:

Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários; Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário; Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida; Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas; Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles; Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho; Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social; Participar da elaboração

conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida; Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros. (BRASIL, 2009, p.101)

No referido caderno, após elencar tais objetivos norteadores, lista-se ações que deverão ser desenvolvidas para que se consiga contemplar todas as particularidades apresentadas mediante determinada realidade. Logo, conclui-se que através da implantação do NASF, pode-se de fato compreender a importância do Assistente Social na composição da equipe da saúde da família, ao prezar pela integralidade dos usuários que necessitam das mais variadas demandas e, por isso, necessita de uma equipe multiprofissional para atendê-lo de maneira ampla, ao levar em consideração as subjetividades imbricadas no processo saúde-doença.

2.3 Desafios do Serviço Social na Atenção Básica

Compreende-se que os desafios são constantes, agravando-se a depender da conjuntura existente em cada período, dentre os quais pontuei no decorrer desta monografia. Atualmente, com o forte ataque que vem sofrendo as políticas sociais e desmontes da saúde, nota-se um cenário desfavorável, cujas práticas neoliberais ou processo de reforma do Estado trazem grandes impactos à saúde pública, e conseqüentemente interferem na atuação profissional, por precarizar às relações de trabalho.

A descaracterização das políticas sociais é a prática inicial para depois exterminá-la. Esta é uma característica marcante enraizada numa sociedade capitalista em que o projeto neoliberal se instala, pois culpabiliza as políticas sociais pela crise, na tentativa de exterminar direitos sociais, prejudicando os que vivem em vulnerabilidade social. Observa-se que ações de um projeto neoliberal, pautadas em cortes orçamentários e desmontes, refletem e agudizam ainda mais o atual momento em que vivemos, pós-pandemia da COVID-19, com ações que contribuiriam para o caos que se instalou. Contudo, não podemos esquecer que no início da luta pelo direito à saúde foi fundamental a resistência e os movimentos sociais, e hoje mais de que nunca se precisa haver um posicionamento contra a priorização da demanda do capital, sem permitir que a saúde seja tratada como mercadoria, e vidas perdidas, como se fossem apenas mais um número.

Além dos desafios citados, referente à atual conjuntura, vê-se também outro desafio enfrentado pela (o) assistente social, que é a execução de suas ações com criticidade, uma vez que se busca compreender as demandas que surgem, analisando de forma minuciosa cada contexto social e cultural dos usuários que buscam o serviço, pois o ser humano é complexo. Nessa complexidade, o Assistente Social não deve isolar ações e comportamentos, pois se compreende que há sempre um contexto que conduz a sociedade a ser como ela é, com seus problemas, desordens (ideológicas, psicossociais, econômicas, familiares, etc.). O olhar para o “outro” (LARAIA, 2001) deve ser holístico, ao levar em consideração as particularidades de cada um. É dentro dessa teia de complexidade que o Assistente Social está inserido na Atenção Básica de Saúde e segue na luta e resistência, apesar da fragilidade em seu processo de trabalho pela falta de recursos necessários, apesar dos desmontes das políticas públicas de saúde, que põem em risco sua própria existência nos espaços ocupacionais. Tal profissional busca, apesar das limitações, lutar e resistir, a fim de garantir aos usuários informações acerca de seus direitos, orientando-os quais redes de apoio procurar, por possuir qualificação para melhor identificar situações de vulnerabilidade social e as formas de defender e tentar assegurar a garantia dos direitos sociais a todos aqueles que buscam o serviço.

Dentro desta perspectiva, ao observar pesquisas na área do Serviço Social, podemos categorizar alguns temas que revelam o direcionamento no olhar dos pesquisadores e que enfatizam o quanto os problemas sociais advindos do modo de produção capitalista e conseqüentemente da má distribuição da riqueza socialmente produzida estão associados aos contextos de vulnerabilidade social. Tais vulnerabilidades são desafiadoras para o Assistente Social, pois não depende do Serviço Social a resolução de tão grande problemática, devendo este buscar contribuir para minimizar tais desigualdades sociais e, dessa forma, garantir que a equidade seja de fato executada através de ações, conforme preconiza o SUS. Com isso, os próximos subtópicos darão ênfase às ações desenvolvidas pelos (as) assistentes sociais a alguns segmentos populacionais que recorrem às unidades, citando inclusive a política de Saúde mental.

2.4 Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM)

Antes de falar sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), é de suma importância ter uma visão do contexto social em que a mulher está inserida e como ela é vista, nesse processo.

Sabe-se que a luta pela igualdade de gênero não é algo recente. A figura feminina sempre esteve atrelada ao ser frágil, dona do lar, responsável pela educação dos filhos e

cuidados ao marido. Além de executar todas essas funções e não receber remuneração alguma, tal trabalho não é reconhecido socialmente, não é considerado trabalho, mas sim atributos específicos da mulher. A autora Ferreira (2005, p.35), enfatiza que “[...] grande parte do trabalho realizado por mulheres é *invisibilizado*, desvalorizado e, muitas vezes, sequer considerado como atividade que produz riqueza”.

Não se reflete que nessa dinâmica capitalista, o trabalho doméstico é a condição de fundo ou aquele que possibilita que haja condições para ocorrer o trabalho formalmente reconhecido ou produtivo, aquele que recebe um salário. Logo, isso se torna mais uma estratégia capitalista, para se favorecer “este tempo, que toma grande parte do tempo de vida das mulheres, não existe para o capital e para o Estado e sua inexistência é instrumental para a acumulação capitalista, para a desresponsabilização do Estado e para a sujeição das mulheres”. (FERREIRA, 2005, p.36).

Ainda segundo a autora supramencionada, com as mudanças ocorridas nos modos de produção, o trabalhador passa a ser ainda mais desfavorecido, o modelo taylorista/fordista dá lugar a um novo modelo em que as relações de trabalho tornam-se mais flexíveis e fragmentadas, em que ser polivalente ou desempenhar várias funções torna-se uma característica fundamental para se inserir no mercado de trabalho. Tal modelo ainda colocar a mulher em uma situação mais complicada, principalmente as negras e pobres. Verônica Ferreira afirma que “a vulnerabilidade e a precariedade são características do trabalho das mulheres no capitalismo [...] Por um lado, cresce a participação das mulheres no mercado de trabalho, mas cresce justamente nos setores e postos de trabalho mais precários.” (FERREIRA 2005, p.34)

Apesar de muitas lutas, conquista de direitos e importantes avanços, a autora pontua o quanto as mulheres ainda sofrem por serem designadas a trabalhar em funções que não consideram suas qualificações, mas associam determinados postos de trabalho com qualidades femininas, acarretando o alimento da construção social que propicia ainda mais a desvalorização da mulher, atribuindo menores salários comparado aos dos homens,

Segundo a autora, há um grande crescimento também com relação à inserção de mulheres negras e pobres ao trabalho doméstico, denominando tal acontecimento de uma nova reestruturação da produção chamada bipolarização, em que de um lado há mulheres, com maior poder aquisitivo, ocupando melhores postos de trabalho, e de outro lado, as que trabalham em situações de precariedade, não sendo valorizadas. Logo, observa-se que esses fenômenos, tornam-se mais uma ferramenta para satisfazer interesses capitalistas, em que continua a perpetuar antigas formas de exploração, submissão das mulheres, numa dinâmica em que

fortalece as desigualdades da divisão sexual do trabalho com a intenção de manter a acumulação capitalista.

No século XXI, a humanidade tem presenciado problemas globais e locais que ainda vivemos resquícios: pandemia, inflação global, fome etc. Outros problemas são históricos e deliberados pelas classes dirigentes (burguesia econômica) com o objetivo da perpetuação do poder e do controle social através da economia e preconceitos: racismo estrutural, transfobia, machismo, xenofobia etc.

Dessa forma a população brasileira vem numa luta constante (movimentos sociais, lutas de classe etc.) por uma sociedade mais justa e igualitária. Entretanto, o modo de vida na contemporaneidade ocidental e conservadora traz como reflexos questões sociais, econômicas, psicológicas, ideológicas, criando assim uma série de desdobramentos, difíceis de romper ou superar.

Desde a segunda metade do século XVIII se iniciavam alguns movimentos em prol da mulher (WOLLSTONECRASFT, 1792) numa perspectiva ainda embrionária para o que hoje seria uma visão mais holística em torno da mulher: liberdade do corpo, igualdade nas oportunidades de emprego, igualdade salarial, fuga da opressão patriarcal, etc. Diversas pressões sociais sufocaram por séculos (provavelmente milênios) as mulheres e, após movimentos sociais, Organizações Não-Governamentais (ONG's) e a própria ciência trouxe a tona questões e anseios que agora fazem parte do cotidiano nas redes sociais, jornais, universidades e até mesmo nas leis de apoio à mulher.

Todas essas questões acima citadas chegam de forma direta ou indireta nas Unidades Básicas de Saúde. Podemos citar alguns trabalhos para dar um panorama dessa realidade. Bolzan (2015) investigou sobre o uso de drogas por mulheres e ela conclui que:

... é preciso que as políticas públicas, e conseqüentemente as intervenções profissionais, superem a homogeneização em suas abordagens e passem a se pautar na heterogeneidade com relação ao uso de drogas, considerando as diferentes especificidades para assim propiciar rupturas com o ocultamento e a secundarização do universo feminino. (BOLZAN, 2015 p. 112)

Como podemos ver, ainda há a necessidade de que a própria equipe de saúde tenha um olhar para as peculiaridades da mulher em todos os aspectos. O olhar dos profissionais nas Unidades Básica de Saúde necessita ser sempre a partir da perspectiva “do outro”, principalmente quando a mulher está em uma situação tão vulnerável, quanto à dependência química.

Ainda sobre os problemas encontrados nas UBS sobre as mulheres, podemos citar o trabalho de Araújo e Oliveira (2018) que aborda sobre o problema de violência doméstica.

Nessa pesquisa, os autores expõem a complexidade de se falar sobre o assunto visto que o universo da pesquisa foi na favela da Maré-RJ. Uma parte da equipe da UBS tem receios, medo de retaliação, mas se calar ou se omitir infringiria o que rege o código de ética profissional e, por esse motivo, o Assistente Social, ao identificar violência, deverá encaminhar o caso ao órgão competente. Com relação à violência doméstica, ainda ouve-se opiniões machistas e preconceituosas, em que tentam culpabilizar a vítima, mas o assistente social busca não apenas intervir, mas prevenir que esses tipos de discursos sejam disseminados.

Podemos ainda citar o trabalho de Cronemberger (2019) que, apesar de não retratar especificamente sobre o universo das UBS, aborda sobre uma temática recorrente no dia a dia das unidades. Trata-se do pós-parto nas mulheres em situação de vulnerabilidade social, incluindo a depressão pós-parto, sobre qual é interessante abordar algumas questões. O parto é um momento na vida da mulher em que um conjunto de sensações e emoções acontecem simultaneamente, deixando-a fragilizada e nada melhor que acolhê-la e assegurar que seus direitos sejam garantidos.

O tema violência obstétrica ainda é pouco discutido, todavia o índice de mulheres vítimas de tais atos aumenta vertiginosamente e é o maior fator de risco para depressão pós-parto. Apesar da terminologia da palavra causar impacto, muitas mulheres não conseguem se identificar como vítima. Partindo do prisma do senso comum, configura-se como violência obstétrica: xingamentos, recusa de atendimento, procedimentos médicos não necessários, como por exemplo o exame de toque a todo instante, cesarianas desnecessárias etc. Porém, é bom esclarecer que este conceito é amplo e vai além dos procedimentos físicos, abrangendo o que as mulheres enfrentam na gestação, no trabalho de parto, pós-parto e abortamento.

Neste sentido, entende-se que a violência obstétrica “[...] é aquela cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde, durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento, podendo ser verbal, física, psicológica e até sexual” (FINGER; SANTOS et LOPES, 2018, p.8). Em se tratando do Serviço Social, as autoras supracitadas compreendem a violência obstétrica como uma expressão da questão social, devido aos elevados números de cesáreas com o intuito de obtenção de lucros de cartéis que permeiam a área da saúde.

Ratificando esse pensamento, Souza (2014) atribui a prevalência do nível crescente desse tipo de violência no Brasil, devido à relação existente entre a parturiente e o serviço de saúde, a parturiente e o sistema de saúde e a parturiente e a equipe de saúde. O referido autor aponta três dimensões: “a. Violência do sistema (VSis) – a violência institucional existente na relação da parturiente com o sistema de saúde; b. Violência do Serviço (VSer) - violência na relação da parturiente com o serviço de saúde; c. Violência na relação parturiente com os

profissionais de saúde, que inclui: violência profissional física (VPPF), violência profissional verbal (VPV) e violência profissional por negligência.”

O que denotamos desta maneira é que se faz necessário levar em consideração a percepção dessas mulheres sobre a violência institucional no parto, uma vez que está vinculada a falta de qualidade na assistência de relação e diálogo entre profissionais e pacientes, bem como seus familiares e demais profissionais no que diz respeito a problemas nos diagnósticos médicos, falta de acolhimento entre outros.

É relevante frisar que categorizar os tipos de violência não é algo fácil. Guimarães, Jonas e Amaral (2018) apontam:

“[...] as diversas formas de violências obstétricas se entrelaçam. Tendo em vista essa perspectiva, optou-se em identificá-las como: negligência, violência verbal, violência psicológica, violência física e má qualidade no atendimento. [...] A violência física também está relacionada ao descumprimento de boas práticas, como a não utilização de métodos de alívio à dor, a utilização de ocitocina de forma indiscriminada [...] a violência verbal destaca-se como o segundo tipo de violência mais utilizado nas oito regiões de saúde, figurando sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações e desrespeito.” (GUIMARÃES; JONAS e AMARAL, 2018, p.6)

Diante da exposição da tipologia de violência sofrida pelas mulheres de cunho obstétrico, devemos atentar para os direitos que estas possuem e que por determinadas vezes os têm negligenciado. Em se tratando das gestantes pontuamos especificamente as normas práticas de boas práticas regulamentadas pelo Ministério da Saúde, que incentiva para um melhor tratamento dos pacientes de forma geral. O Código de Ética Médica acrescentou em 2009, o artigo 31 que objetiva a garantia e autonomia e o respeito à escolha do paciente. Todavia, quando tratamos de leis específicas no tocante às mulheres grávidas, torna-se perceptível a ausência de uma legislação mais pontual com eficácia para a proteção e garantia dos direitos das gestantes. A respeito do Brasil, por exemplo, não existe nenhuma lei federal que especifique realmente a violência obstétrica, o que há é apenas a ressalva de uma nova resolução do Conselho Federal de Medicina acerca da autonomia da mulher na hora de decidir como será seu parto. Indo de encontro a essas ideias, é importante que essa resolução se faça cumprir, que as gestantes tomem consciência do que querem para seu parto e que as equipes também estejam prontas para respeitar as decisões dessas gestantes.

Em contraponto a esse cenário, aumenta cada vez mais a busca pelo chamado parto humanizado. O parto humanizado consiste em trazer o filho ao mundo, levando em consideração todos os desejos da mãe, desde a escolha da posição e do local que ela anseia em

dar à luz até a não utilização de analgésicos para alívio da dor. Souza (2015) em seu estudo “A Humanização do parto e nascimento: contribuições do Serviço Social” trata sobre a Política Nacional de Humanização, que por sua vez possui o enfoque na garantia dos direitos à saúde.

A Política Nacional de Humanização (2004) surgiu como proposta para viabilizar a garantia do direito constitucional de saúde e para qualificar as práticas dos modelos de atenção e gestão, tendo a humanização como “estratégia de interferência no processo de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 08). Há de se constatar, porém, que essa prática da humanização do parto, mesmo em sua forma crescente, não extingue a grande parcela de mulheres que estão em hospitais públicos, ou até mesmo privados, no processo de pré-natal, parto e pós-parto, vítimas de violência obstétrica.

É chamada a atenção para o profissional do Serviço Social, pois este possui um papel sócio-histórico no processo de luta e de garantia de direitos. Por isso, os assistentes sociais têm que situar a violência obstétrica como uma das expressões da questão social e fazer frente a esse tipo de violência, respaldando sua intervenção mediante ao Código de Ética Profissional.

Após essas considerações, vale ressaltar um marco em relação ao atendimento de saúde nas UBS para as mulheres, de forma abrangente através da construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no período de 1984 à década de 90, com o objetivo de preencher as lacunas existentes, garantindo que haja o acesso à saúde, levando em consideração as particularidades desse público. Logo, consta no programa ações que preveem a saúde as mulheres adolescentes, Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, Saúde Mental e Gênero, Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico, Saúde das Mulheres Lésbicas, Saúde das Mulheres Negras, Saúde das Mulheres Indígenas, Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural, Saúde da Mulher em Situação de Prisão, etc. Porém, devido às dificuldades para implementar ações, fez-se necessário o Ministério da Saúde estabelecer critérios mínimos através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), conforme enfatiza Coelho (2003), apud Ministério da Saúde (2004) :

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2004a, p.18).

Dessa forma, as Unidades de Saúde, como sendo a porta de entrada dessas mulheres ao serviço, devem ser assistidas em todas suas necessidades. Conforme enfatiza a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher (2004):

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (BRASIL, 2004a, p.59)

Com base nessas informações e após a análise do contexto histórico da mulher, constata-se que a maioria dessas mulheres buscam o serviço por necessidade em saúde e vulnerabilidade social, inclusive violação de direitos. Então, o serviço social contribuirá através de orientações em como acessar direitos sociais, a depender da demanda que surgir.

2.5 Programa de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

Antes de compreender quais direitos da pessoa idosa e a intervenção do Serviço Social a esse público, faz-se necessário fazer breves considerações acerca deste tema, inclusive citar a importante alteração que houve para substituir a expressão idoso.

Conforme consta na Lei nº 3.646, de 2019, as expressões “idoso” e “idosos” devem ser substituídos pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. O principal objetivo enfatizado na lei é combater a desumanização do envelhecimento. Em primeiro lugar, quem pode ser considerado pessoa idosa? Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todo indivíduo com 60 anos ou mais.

O envelhecimento é um processo natural pelo qual se espera que todo ser humano vivencie, conforme define a Organização Americana de Saúde (OPAS) apud Ministério da Saúde (2006):

[...] o envelhecimento é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006, p.8)

Logo, a depender do estilo de vida, contexto cultural, social e familiar o qual está inserido a pessoa idosa, refletirá num envelhecimento saudável, pois envelhecer não se refere a adoecer, existe um conjunto de fatores que levam ao processo de adoecimento.

Observa-se que há um crescimento acelerado da população idosa e é preciso ter compromisso com a causa da pessoa idosa, em termos de melhorias nas suas condições de vida, para que não seja visto como mais um problema social, mas sim como sujeito que tem capacidade produtiva, a fim de que tenha garantia de acesso aos seus direitos sociais e poder de decisão sobre as questões que lhe dizem respeito.

De acordo com dados obtidos através da Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS, apud Martini et al (2016, p.16): “Em 2025, o Brasil terá a sexta maior população mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais (OMS, 2005). Em 2050, serão aproximadamente 22% de idosos no planeta (ONU, 2011).”

Ao analisar o contexto histórico relacionado à pessoa idosa no Brasil, observa-se que apenas na década de 1970 é que surgem pautas que levam em consideração o envelhecimento populacional e que através da Constituição Federal de 1988, reconhece-se a pessoa idosa como sujeito de direitos. Mas, apenas em outubro de 2003 foi instituído o Estatuto do Idoso, através da Lei 10.741, atualmente com a nomenclatura alterada, Estatuto da Pessoa Idosa, um instrumento que preza pela dignidade, respeito e penaliza quem cometer qualquer tipo de violência contra a pessoa idosa, a fim de auxiliar e ampliar a proteção para esse público.

Na visão excludente de uma sociedade capitalista, a pessoa idosa é vista como alguém que não produz, logo, pode ser descartada. Então, a exclusão relacionada à velhice está imbricada com a classe social, pois a realidade de uma pessoa idosa que dispõe de recursos financeiros é diferente daquela que dependia apenas de sua força de trabalho e jornadas desgastantes, sem o mínimo de direitos garantidos. Conforme enfatiza Leite (2017)

O trabalhador que foi explorado durante todo tempo de vida que esteve no mercado de trabalho, que sofreu com a alienação e os direitos sociais básicos sendo desrespeitados, viverá, na velhice, as consequências das condições precárias de uma vida toda, agravadas pela precariedade dos direitos em relação ao trabalho, ou à falta dele, ou aos poucos recursos da aposentadoria na velhice. Para os idosos, a idade configura-se, neste contexto, mais um fator de acirramento da desigualdade social. [...] A exclusão social dos idosos não pode ser vista isoladamente. Não é uma problemática ligada apenas à velhice, mas também à classe social. (LEITE, 2017, p.159)

Dessa forma, um processo socialmente construído é desigual e injusto e que traz profundos rebatimentos a essa população. Sendo assim, o público que recorre às Unidades Básicas são pessoas idosas em vulnerabilidade social, que por não possuírem plano de saúde, dependem da saúde pública para serem assistidos em suas necessidades. A maioria depende de benefícios sociais, são acometidos por doenças crônicas e/ou possuem dúvidas sobre como acessar determinados direitos, cabendo ao assistente social, juntamente a equipe, acolher esses usuários, a fim de melhor assisti-los.

A atuação dos assistentes sociais, dentro desse espaço sócio ocupacional, possui um diferencial por contribuir com uma assistência que atenda as necessidades subjetivas e que implica diretamente na saúde da pessoa idosa, já que o Serviço Social lida diretamente com a tentativa de efetivação dos direitos sociais, através de políticas públicas. Com base no Caderno

de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (2006) do Ministério da Saúde, há algumas atribuições que poderão dar embasamento à atuação dos profissionais de saúde, incluindo o Assistente Social na atenção básica. Ao prestar atendimento à saúde da pessoa idosa, tais profissionais devem identificar a população idosa atendida pela Unidade de Saúde e elaborar ações com outros profissionais para facilitar o acesso dos serviços, tanto para a pessoa idosa quanto os seus familiares. Logo, tais profissionais devem estar sempre se atualizando sobre as questões que dizem respeito a esse público, conforme enfatiza no referido documento:

Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência [...], Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização. Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade. Acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo. Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa. Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe. (BRASIL, 2006, p.27)

Dito isso, compreende-se que ao prezar por atendimento digno, vários fatores devem ser observados, inclusive investigar e denunciar casos de violação de direitos contra a pessoa idosa, pois o assistente social e os outros profissionais estão respaldados para intervir nessas circunstâncias.

Diante das propostas de atribuições, é importante perceber que o maior desafio profissional na atenção à pessoa idosa é contribuir para que os idosos compreendam que é possível ter qualidade de vida e que possuem direitos, inclusive o acesso livre para usufruir dos serviços ofertados. O assistente social propõe garantir a autonomia, respeito e a valorização desse público.

Dessa forma, o Serviço Social, sendo uma profissão que busca intervir com criticidade, busca orientar sobre os direitos sociais da pessoa idosa, respeitar e estimular sua autonomia a acessar os serviços, elaborar ações que buscam a integração com as pessoas e principalmente com seus familiares, orientando-os a respeitar as escolhas da pessoa idosa e sua liberdade. De acordo com Goldman (2005):

O assistente social deve atuar, sempre que possível com os demais profissionais, numa ação interdisciplinar que congregue esforços no seu fazer cotidiano e na aliança de parceiros para a consolidação dos direitos dos idosos, principalmente os da seguridade social: saúde, previdência e assistência social. (GOLDMAN, 2005, p. 2)

É importante discutir a situação da pessoa idosa e promover uma assistência que englobam todos os aspectos citados. Segundo Bieger (2013):

O Serviço Social tem como missão precípua, tecer considerações e reflexões sobre a questão do idoso, baseado numa visão transformadora e crítica, despertando em ambas o cuidado e o respeito pela pessoa idosa. Isso nos servirá como sinal de valorização do respeito pelo nosso próprio futuro, pois haveremos de adquirir idade e inevitavelmente nos confrontaremos com a velhice. (BIEGER et al, 2013, p.5)

A partir dessa visão de literatura, conclui-se que o assistente social necessita obter uma visão ampla, buscando exercer a profissão de forma crítica e, ao analisar as demandas que surgirem, intermediar ações que superem o isolamento e exclusão social, viabilizar o acesso aos direitos e valorizar a pessoa idosa que tanto já contribuiu com a sociedade.

2.6 Política de Saúde Mental

Ao iniciar, é importante destacar que a saúde mental não está separada da saúde geral. Muito pelo contrário, as duas estão intimamente ligadas e dependem de outros determinantes para sua garantia, conforme enfatizam De Almeida, Coelho, Peres:

[...] é preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a enfermidade como resultados da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina (DE ALMEIDA, COELHO, PERES, 1999, p.103)

Logo, faz-se necessário entender as diversas particularidades que interferem nesse processo. Ainda de acordo com os autores, (CANGUILHEM, 1990 apud GAMA, CAMPOS, FERRER, 2014; CAPONI, 2003) definir saúde mental ou saúde psíquica é algo complexo, porque coloca em questão o que é normal ou patológico, correndo o risco de atribuir diagnóstico de forma errônea ao usuário, ao basear-se em classificações psiquiátricas subjetivas, além de fomentar a discussão sobre a loucura e todos os estigmas ligados a ela, pois o contrário de normal em nossa sociedade é tido como o diferente. Como se pode observar no decorrer da história, as pessoas com transtornos mentais eram incompreendidas e isoladas em manicômios. Só a partir de 1978, através da reforma psiquiátrica brasileira, que um novo modelo de atenção a esse público foi implementado, após a disputa acirrada de lutas e interesses. Até os dias atuais busca-se romper com a discriminação, já que, infelizmente, os

usuários com transtornos mentais ainda são estigmatizados e excluídos socialmente, tendo seus direitos sociais violados constantemente, além de serem privados do convívio social, tendo em vista o despreparo dos familiares e da sociedade, frente a tais questões, consequências da desinformação e do preconceito.

Conforme enfatizam os autores (idem, p. 72) supracitados em que explanam as ideias de Pereira (2000), a concepção dos manuais de diagnósticos psiquiátricos como o DSM-IV (Sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais) e o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças), utilizam parâmetros que levam em consideração apenas os sintomas do paciente, desconsiderando os outros contextos que culminam no quadro vivenciado por esse paciente. Tal lógica prioriza medicar e não buscar alternativas que tratam a causa. Outros autores criticam tal modelo de supervalorizar o ato de medicar e questionam se tal atitude não tem relação com interesses econômicos farmacêuticos (RUSSO, VENÂNCIO, 2006).

De acordo com o autor Fonseca, Guimarães, Vasconcelos (2008, p.286), há uma incidência de inúmeras demandas na Atenção Básica, em que os usuários recebem classificações como “poliqueixosos, psicossomáticos, pitiáticos”, observa-se que profissionais que deveriam acolher, são os primeiros a agir de maneira preconceituosa, e não se atenta a encaminhá-los ao serviço que garanta tratamento adequado. O assistente social deve-se atentar para não agir destas formas, pois embasados no Código de ética profissional, regulamentado pela lei 8662 de 1993 (BRASIL, 2012), consta no artigo X, que o profissional deve ter “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”, ou seja, deve estar sempre na busca de atualizar-se para melhor compreender e manejar as situações que por ventura surgirem no serviço, por isso a necessidade de orientar sobre a importância de ampliar o cuidado, observando contexto social, condições socioeconômicas e outras causas que no momento da escuta qualificada reunirá informações necessárias do paciente para que possibilite a melhor escolha, ou encaminhamento para resolver tal demanda.

Conforme pontua Maragno et al. (2006) apud Gama, Campos, Ferrer (2014, p.74), existem transtornos mentais comuns na Atenção Básica, em que a maior prevalência encontrada são “mulheres, idosos, com baixa escolaridade e menor renda per capita”, classificado como grupos em vulnerabilidade social. É importante levar em consideração alguns aspectos que não sejam apenas a identificação e tratamento desses usuários. Ao enfatizar essa importância, Gama (2011), cita o seguinte:

[...] a atenção básica e, mais especificamente, a estratégia de saúde da família possuem características que facilitam um acompanhamento longitudinal da problemática do paciente. O fato de estar no território e possuir profissionais que têm um conhecimento da história, da dinâmica familiar, das condições de vida e de habitação, podem ser utilizados como potência para o tratamento ou pode se tornar instrumento de ampliação da não estigmatização e controle da população. (GAMA, 2011, p.50)

Para que sejam de fato obtidos tais elementos para melhor intervenção, faz-se necessário que toda equipe esteja disposta e qualificada para ter esse olhar abrangente dessas questões, desde histórico familiar até as condições sociais que estão inseridos tais indivíduos.

De acordo com Rosa e Lustosa (2012):

(...) o assistente social necessita se apropriar de conhecimentos psicopatológicos, psicofarmacológicos e de determinados “jargões” (...) para poder dialogar com a equipe, mas sem se subalternizar a esses saberes ou a seus profissionais, como, às vezes, se observa, quando um assistente social adota terminologia específica de outras profissões para processar seus registros profissionais, fato que ainda acontece sobremaneira pelo uso acrítico de termos como “anamnese” social, “embotamento”, dentre outros. (ROSA, LUSTOSA, 2012, p.31)

A política Nacional de Saúde mental, criada pela Lei nº 10.216/2001, é um importante avanço, cujo principal objetivo é garantir um modelo humanizado de atenção à saúde mental que prioriza reinserir na sociedade as pessoas em sofrimento psíquico ou dependência química, conforme enfatiza o caderno de atenção básica (2010):

A Política Nacional de Saúde Mental tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. [...] Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também transformações culturais e subjetivas na sociedade. A expressão “reabilitação ou atenção psicossocial” é utilizada para indicar que devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem. (BRASIL, 2010, p.33)

Para que sejam efetivadas tais premissas, de acordo com o documento citado, foram elaboradas diversas ações e serviços, voltados a esse público, desde ações na Atenção Primária, Centro de Atenção Psicossocial (CAP's), Ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em Caps III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura, entre outros.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p.89), “cerca de uma a quatro pessoas que buscam a atenção básica em saúde, possuem algum tipo de transtorno mental”, traz

a atenção primária como sendo a porta de entrada para as demandas existentes e se deve estar capacitadas para manejar tais situações, conforme consta nas diretrizes do NASF:

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, qualificar a APS para o atendimento adequado de tais problemas. [...] são referidas dificuldades pelos respectivos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais. (BRASIL, 2010, p.35)

Baseado na importância de capacitar os profissionais a como lidar com as diversas situações que surgem no serviço e território, o próprio manual dispõe de diretrizes gerais para a atuação das equipes de saúde, incluindo o Serviço Social, caso tal profissional esteja inserido nesse espaço sócio ocupacional:

Deve-se identificar acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade [...] Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social). As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário [...] É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar. [...] O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária. (BRASIL, 2010, p.37)

Assim, o trabalho deverá ser executado por todos que compõem o serviço, a fim de que não haja fragmentação do cuidado, aumentando dessa forma a capacidade de acolher e resolver as problemáticas que surgirem nesse nível da assistência.

Todos os profissionais que atuam na Atenção Primária, em especial o assistente social, devem estar atentos às situações de violência, pois por atuarem em territórios e tendo maior contato com pessoas que residem naqueles locais de abrangência, torna-se mais corriqueiro visualizar possíveis violações de direitos.

A homofobia, racismo, machismo, por exemplo, são situações que corroboram para o sofrimento psíquico, pois refletirão na saúde mental dos indivíduos que vivenciaram tais situações, tornando-se necessário formular estratégias, bem como buscar a articulação de outras redes, a fim de garantir a resolutividade dessas situações, inclusive se apropriar dos instrumentos que farão a diferença no executar.

Nas visitas domiciliares, o profissional aprofundará, acompanhará e encaminhará de maneira adequada as demandas que surgirem, através do estudo social, para discutir em equipe casos de vulnerabilidade ou situações de risco que necessitem de maior urgência, como por exemplo: algum paciente psiquiátrico que esteja em cárcere privado, fazendo uso de medicação por muito tempo, sem reavaliação, sem acompanhamento médico, justamente por estar em crise

e a família sem saber como agir. Neste exemplo, identificamos diversas violações de direitos e o trabalho multidisciplinar poderá garantir dignidade a essas pessoas, em que o assistente social por ser o profissional capacitado e qualificado a lidar com as “múltiplas refrações da questão social” (CFESS, 2012, p30), ao se aproximar da realidade populacional, através da consciência crítica, desenvolverá ações que vão além de um simples atendimento burocrático, conforme enfatiza o CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), 2012:

A aproximação com a população é uma das condições para permitir impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender às efetivas necessidades dos segmentos subalternizados. [...] Para um compromisso com o usuário é necessário romper as rotinas e a burocracia estereis, potenciar as coletas de informações nos atendimentos, pensar a reorganização do plano de trabalho, tendo em vista as reais condições de vida dos usuários. Em outros termos, identificar como a questão social vem forjando a vida material, a cultura, a sociabilidade, afetando a dignidade da população atendida.(CFESS, 2012, p.57)

De acordo Conselho Federal de Serviço Social, compreender os processos sociais, os quais os usuários estão inseridos, assim como seu modo de vida, propiciará o reconhecimento e elaboração de estratégias para atendimento voltado às necessidades sociais. Nesse caso, garantirá que os usuários de saúde mental pertencentes à área de abrangência da USF tenham suas demandas melhor atendidas através do assistente social e demais profissionais.

Logo, o capítulo a seguir, pretende reafirmar a contribuição do Serviço Social na Atenção Básica à Saúde, baseado nas possíveis demandas, onde se faz necessário olhar atento e crítico, acolhimento, abordagem social e escuta qualificada.

Capítulo 3- Políticas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde e a Intervenção do (a) Assistente Social:

Sabe-se que as Unidades Básicas de Saúde são instrumentos públicos para a concretude da universalização do acesso à saúde. Apesar de não ser referência para atendimentos de emergências ou casos de alta complexidade, a população sempre que sente a necessidade desse acesso buscará as UBS, pois a maioria, devido a situação econômica, não dispõe sequer de recursos financeiros para locomoção às Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) ou Centro de Referência Psicossocial (CAP's), hospitais, etc. Dessa forma, buscam auxílio às Unidades Básicas de Saúde próximas às suas residências. Assim, é necessário prever todas as demandas da sociedade e estar capacitado para atender aquele usuário e encaminhar para o serviço apropriado para concluir a resolução de determinada problemática.

Há algumas políticas públicas e programas sociais que serão destacadas neste trabalho, que norteiam sobre os direitos dos usuários que recorrem às Unidades Básicas em sua área de abrangência e a atuação dos assistentes sociais frente essas realidades. Vale destacar a diferença entre política e programa, que, de uma forma clara e resumida, temos a política como o arcabouço que constam ações e os programas se referindo ao como essas ações deverão ser executadas.

3.1 Direitos das Pessoas em Situação de Rua:

Antes de abordar sobre os direitos desse público, faz-se necessário destacar alguns fatores primordiais sobre essa temática. Compreender tal realidade e desconstruir preconceitos, tendo conhecimentos sobre expressões da questão social são desencadeadas pelo modo de produção capitalista, devido ao grande aumento populacional nas grandes cidades, precarização de trabalho, dentre outros fatores.

Conforme define o Decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), o conceito desse termo se refere:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009a)

O número elevado de pessoas em situação de rua no Brasil é decorrente do agravamento da questão social e que remontam períodos da história do país. Diversos

desdobramentos colaboraram para esse agravamento e, conseqüentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação.

O processo de industrialização ocorrido no século XX, momento em que os camponeses perdem de forma repentina sua propriedade, de onde retiravam os meios para sobreviver, e passaram a buscar vender sua força de trabalho nas indústrias da cidade. Entretanto, nem todos conseguem suportar ou se adaptar a essa nova realidade, conforme cita Silva (2009) apud Alexandre Klaumann (2018, p. 3): “[...] nem todos conseguem se adaptar a esta mudança brusca, ficando descartado da produção capitalista e em consequência disso, passam a tentar sobreviver nas ruas [...]”. Por não ter emprego e nem garantias mínimas de direitos, acabam se tornando parte do “exército industrial de reserva”. Conforme enfatiza Marx (2014), esse desemprego estrutural é uma condicionante para que haja o acúmulo do capital, pois essas pessoas que estão desempregadas se tornam uma reserva de mão de obra, em caso do trabalhador atuante resistir aos moldes de exploração, haverá outros que facilmente ocuparão o seu lugar. Dessa forma, a população em situação de rua, se enquadra naquele público que só dispõe da força de trabalho para vender e nem essa condição foi aceita pela produção capitalista, impelindo essas pessoas a situações de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

Assim sendo, tais pessoas ficaram vulneráveis frente a tanta injustiça, sem trabalho e sem opções, e acabam sofrendo os impactos gerados pela desigualdade social como a pobreza, o desemprego. Além de estarem em suas piores condições, ainda são obrigados a conviver com o preconceito da sociedade e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas. Conforme enfatizam Rocha e Euzébio (2013):

Na pirâmide que o capitalismo cria, nem todas as pessoas conseguirão vender sua força de trabalho, assim, utiliza essa condição para conseguir manter e aprofundar a exploração daqueles que estão empregados. Na mesma pirâmide, acumulam-se diversos problemas, pois nem todos terão acesso à saúde, educação, cultura e até ao mais básico, o direito à moradia. (ROCHA e EUZÉBIO, 2013, p.259)

Observa-se que as sociedades são regidas por interesses, no viés capitalista os interesses econômicos prevalecem, pois priorizam lucro e estimulam o consumismo desenfreado. Conforme citam, Bove e Cristina (2015, p.17) “Faz-se necessário destacar, que decorrente disso, surge o processo de descarte, que instantaneamente leva a confundir objetos e pessoas. Tratam-se tudo por iguais, e desse modo, as pessoas passam a ser descartáveis: julgam-se pela aparência, beleza e produção”.

Dito isso, um exemplo de quem é duplamente vítima desse sistema é a população de rua, uma vez que causa incômodo por não produzir e também impactar ao olhar a aparência,

pois a maioria da sociedade só enxerga o imediato, e não leva em consideração o contexto que levou tal pessoa estar naquela situação de extrema vulnerabilidade. A sociedade, cada vez mais, discrimina e quem necessita de apoio é visto como culpado e não como vítima de um sistema capitalista segregador. Desprovida de informações de acesso aos direitos básicos, a população em situação de rua depara-se, cotidianamente, com violações, não apenas dos direitos sociais, que lhes são garantidos por lei, mas dos direitos fundamentais de todo e qualquer ser humano. Mediante esse contexto, fica nítido que tais condições não é algo recente e sim enraizada em nossa formação social, econômica e cultural, sendo inúmeras causas a desencadear tal fenômeno social.

De acordo com os dados fornecidos pelo ⁶Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA), houve um aumento de 140% da população em situação de rua, desde 2012 até março de 2020, em que devido a pandemia da COVID-19, as desigualdades foram aprofundadas e o impacto econômico afetou milhares de pessoas, tornando mais grave tal situação, conforme cita:

O vírus expôs e aumentou as desigualdades de renda, gênero e raça, revelando como nosso sistema profundamente desigual, racista e patriarcal afeta particularmente mulheres e homens negros e outros grupos racializados, excluídos e historicamente marginalizados e oprimidos no Brasil e no mundo. (CINACCHI et al, 2021, p. 54)

Mediante tal situação, as pessoas em situação de rua, que antes da pandemia já vivenciava extrema vulnerabilidade social, passou a sofrer ainda mais com o distanciamento social e com comércios fechados e poucas pessoas transitando nas ruas, pois se antes era escasso os meios de subsistência, ficaram ainda piores. Vale ressaltar que os protocolos recomendados como medida para contenção do vírus, não era algo palpável a essa população que nem dispunha do mínimo para sobreviver e mesmo que fosse fornecido benefício nesse período, nem todos conseguiam ter acesso.

Observa-se através dos resultados de pesquisa, que há um perfil similar entre as pessoas que vivem nessa situação, na qual a maioria é homem, que se declaram pretos ou pardos e com escolaridade incompleta. Outros determinantes destacados se referem sobre quais motivos levaram esse público a essa situação, em que se observa desde a vítima de desastres, violências, pessoas em dependência química, egressos de outras cidades em busca de oportunidade de emprego, perda de capacidade por trabalho. Enfim, cada pessoa que está nesse

⁶ Dados fornecidos no site: <http://www.limareis.com.br/no-brasil-mais-de-220-mil-pessoas-estao-em-situacao-de-rua/#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20Ipea,a%20quase%20222%20mil%20pessoas>

processo de “⁷rualização” tem sua história e ao conhecê-las, evita-se o uso de termos pejorativos, como mendigos, vagabundos, etc. Conforme destacam os autores:

Esses e outros adjetivos nada têm a ver com as pessoas que aí se encontram, nem com os direitos que possuem como cidadãos, nem com a crueldade do sistema que as empurrou para essa situação, nem com a ausência de políticas públicas que o Estado tem como obrigação oferecer a todos os cidadãos. (BOVE e FIGUEIREDO, 2015, p.11)

Uma intervenção nessa realidade de forma eficaz significaria uma diminuição das desigualdades econômicas e a criação de condições para um pleno desenvolvimento do indivíduo, sem nenhuma restrição e/ou distinção entre as pessoas. No entanto, o sistema capitalista multiplica as situações de exclusão e cada vez mais pessoas vão para as ruas. Para mudar essa realidade, seria necessária a implementação de políticas públicas, não apenas na teoria, mas sim na prática, na tentativa de reverter tal situação.

A conquista com relação aos direitos para esse público, de acordo com alguns autores, ocorre após a Constituição Federal de 1988, em que consta no artigo 7º que “todos são iguais perante a lei”, e em dezembro de 2005, houve uma alteração na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, que acrescentou o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua, garantindo que todos recebam assistência de maneira universal, integral, independente de classe social. Porém, há uma lacuna que fere a própria constituição, pois na realidade vivenciada pelas pessoas em situação de rua, suas necessidades humanas não são contempladas, porque na sociedade capitalista, se faz necessário que haja desigualdades para que o capital possa se reproduzir, o que torna essa dinâmica como algo difícil de superar ou romper.

Ao analisar o contexto de conquistas, observa-se que apenas após embates se conquistam direitos. Então, na tentativa de romper com discriminação, preconceitos, violência, surge o Movimento Nacional da População de Rua, que através de pressão populares, reivindicam políticas públicas que contemplem as necessidades dessa população. De acordo com a wikipedia, o movimento surgiu em 2005 em São Paulo, após o assassinato de sete pessoas em situação de rua na praça da Sé, porém desde a década de 1960 já se observa iniciativas de organizações em algumas cidades brasileiras. Rosa et al (2010) traz a cronologia

⁷ O termo processo de rualização parte de uma concepção oposta, na medida em que o reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num contínuo, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas. (CINACCHI et al, 2021, p.25)

histórica do Movimento Nacional da População de Rua, dando um olhar amplo sobre o movimento:

Na década de 1960, já se observa iniciativas de organização em algumas cidades brasileiras. [...] No final dos anos 1990 e até o início dos anos 2000, inúmeras mobilizações nas principais cidades brasileiras tornaram visíveis, à sociedade e aos poderes públicos, as duras condições de vida na rua. [...] Em 2004, na cidade de São Paulo, ocorreu a barbárie conhecida como chacina da Praça da Sé. A partir daí grupos da população de rua em São Paulo e Belo Horizonte iniciaram a mobilização para consolidar o Movimento Nacional da População de Rua. Em setembro de 2005 novamente as histórias da rua e dos catadores se cruzaram. Convidadas a participar do 4º Festival Lixo e Cidadania, [...] Em 2008, um representante do MNPR entrou para o Conselho Nacional de Assistência Social, sendo o primeiro representante do movimento popular eleito. (ROSA et al, 2010, p.28 e 29)

Então, conclui-se que as conquistas foram decorrentes de trabalho árduo e conjunto, e apenas recentemente através do Decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009 foi instituído a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), importante avanço, pois os direitos passam a ter respaldado em lei, possibilitando exigência de seu cumprimento.

E quais são os objetivos da PNPSR? Conforme consta no artigo 7º, um dos objetivos se refere que se deve:

[...] proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, [...] implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2009a)

Observa-se que a interação da sociedade com esse público ainda é algo hostil, por mais que existam ações do Estado, quase sempre existe uma ótica higienista ou assistencialista. Deve-se compreender que essas pessoas são cidadãos e possuem direitos, não podendo ser invisibilizados ou tratados com violência, como ainda são noticiados pela imprensa.

Outro importante avanço, com relação aos direitos arduamente conquistados por esse público, se refere ao Comitê Técnico de Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, em que garante melhor acesso à saúde para essas pessoas. Esse Comitê é formado por algumas secretarias do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz e

entidades da sociedade civil que, agindo de forma organizada, possui papel relevante na conquista de direitos (BRASIL, 2014, p. 19 e 20).

Com o objetivo de ampliar e garantir ações de saúde a PSR em 2011, elaborou-se através da Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, uma estratégia denominada Consultório na Rua, o qual determina em seu parágrafo único que deverão integrar o consultório na rua, equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, assistente social, técnico em enfermagem, etc.) que desenvolva ações incluídas na atenção básica, respaldadas pela PNAB. (Política Nacional de Atenção Básica). No artigo 2º, em seu inciso primeiro e segundo, constam como ações:

[...] As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. [...] As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2011)

Compreende-se que a saúde perpassa pela garantia de outras políticas, como previdência e assistência social. Ao levar em consideração a ampliação e efetividade das ações desenvolvidas, a estratégia do trabalho em ⁸rede, possibilita a otimização do serviço ofertado. Dessa forma, o assistente social possui extrema relevância ao compor a equipe para esclarecer aos usuários sobre seus direitos ou violações destes e encaminhar para a rede assistencial que os usuários necessitem. Conforme enfatiza, Lima (2018, p. 8):

[...] assistente social é o profissional que está para enxergar o usuário na sua totalidade e integralidade, compreendendo as suas reais condições de vida nos seus aspectos econômicos, culturais, sociais, familiar, para além do seu problema de saúde. O profissional de serviço social dentro do CnaRua atua para a ampliação e consolidação da cidadania dos usuários e da família, na defesa intransigente dos direitos humanos, para a humanização do atendimento e na democratização de acesso dos usuários nos serviços. (LIMA, 2018, p.8)

Vale ressaltar que o Consultório na rua é apenas uma estratégia para aproximar o serviço do público, porém o usuário deve ter livre acesso à saúde e assistência, em qualquer lugar que chegar, seja nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento, etc.

Uma outra conquista que não pode deixar de ser mencionada, refere-se ao Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, através da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que consta quais diretrizes ou estratégias devem

⁸ O termo “rede” significa o conjunto de entidades interligadas umas às outras, que permite circular elementos materiais ou imateriais entre cada uma delas, de acordo com as regras estabelecidas. É definida, também, pela quantidade de nós interligados por elas e seu atributo diferenciador é o que emerge da completa interação entre esses nós. (CARNEIRO; COSTA, 2011).

ser executadas a fim de garantir o acesso a saúde através do Sistema Único de Saúde. Para melhor executar as ações, neste plano constam 05 eixos, sendo eles: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde, Promoção e Vigilância em Saúde, Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR, Fortalecimento da Participação e do Controle Social e Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR. No artigo 2º da referida lei, constam os objetivos gerais que a:

[...] garantia de acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde, visando a melhoria do nível de saúde dessa população por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, idade, etnia, orientação religiosa e orientação sexual, com atenção especial às pessoas com deficiência; [...] redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, tais como falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular e exposição a intempéries; e [...] melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. (BRASIL, 2013)

Cabe salientar que essas ações devem ser implementadas ou efetivadas através de Estados e Municípios e caso haja observância da inexistência dessas ações, a participação e controle social é de suma importância para cobrar das autoridades cabíveis a efetivação desses serviços. Assim, faz-se necessário que tanto os profissionais quanto os usuários se apropriem de conhecimento para reivindicar seus direitos, e essa é uma das competências do assistente social, além de implementar e planejar, tal profissional avalia as políticas sociais, conforme consta no CFESS (2011, p.11) [...] Elaborar, executar e avaliar os planos municipais, estaduais e nacional de Assistência Social, buscando interlocução com as diversas áreas e políticas públicas, com especial destaque para as políticas de Seguridade Social.

3.2 Direitos da criança e do adolescente

Antes de abordar sobre o tema citado, faz-se necessário compreender previamente quem são crianças e adolescentes. De acordo com a Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990 em seu artigo segundo, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade. Sabe-se que a trajetória para conquistas de direitos relacionados à criança e ao adolescente foi um processo lento, gradativamente conquistam seu espaço na sociedade.

Ao lembrar tal trajetória, o autor Phillippe Ariès (1981) pontua as diferentes formas que as crianças eram vistas, desde a época medieval, em que não havia um sentimento relacionado à infância, e as crianças eram tratadas como se fossem adultos, inclusive tendo que

assumir responsabilidades precocemente, até a descoberta da infância e todas as mudanças ocorridas de acordo com o contexto histórico e cultural de cada época.

O autor Phillipe Ariès (1981) enfatiza que antigamente, nos séculos XVI e XVII, as pessoas tinham apenas nomes, não recebiam número de inscrição para representá-las no sistema, conforme cita:

Na Idade Média, o primeiro nome já fora considerado uma designação muito imprecisa, e foi necessário completá-lo por um sobrenome de família, muitas vezes um nome de lugar. [...] Acredita-se que foi somente no século XVIII que os párocos passaram a manter seus registros com a exatidão ou a consciência de exatidão que um Estado moderno exige de seus funcionários de registro civil. (ARIÈS, 1981, p.30)

Observa-se através dos relatos dados pelo autor Ariès (1981), que, até o século XVIII, a adolescência foi confundida com a infância, as duas palavras possuíam o mesmo sentido.

No início do século XVIII, as famílias nobres tendiam a usar o vocabulário da infância para se referir à primeira idade. O autor argumenta que:

Tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a ‘juventude’ é idade privilegiada do século XVII, a ‘infância’, do século XIX, e a ‘adolescência’, do século XX. [...] A França antiga não respeitava a velhice: era a idade do recolhimento, dos livros, da devoção e da caduquice. À imagem do homem integral nos séculos XVI-XVII era a de um homem jovem: o oficial com a echarpe no topo dos degraus das idades.” (ARIÈS, 1981, p.48).

Ao analisar as imagens retratadas no século XI, o autor supracitado destaca que as crianças desenhadas não tinham nenhuma característica da infância, apenas reproduzidas com traços de adulto, em tamanho menor. Conforme cita que:

A infância desapareceu da iconografia junto com os outros temas helenísticos, e o românico retomou essa recusa dos traços específicos da infância que caracterizava as épocas arcaicas, anteriores ao helenismo. Há aí algo mais do que uma simples coincidência. “Partimos de um mundo de representação onde a infância é desconhecida.” (ARIÈS, 1981, p.52)

Mas quando surgem as crianças, mais próximas ao sentimento moderno? Ariès (1981), então enumera alguns tipos de criança, para caracterizar como eram expressas as imagens delas nas pinturas da época:

Por volta do século XIII, surgiram alguns tipos de crianças um pouco mais próximos do sentimento moderno. Surgiu o anjo, representado sob a aparência de um rapaz muito jovem, de um jovem adolescente [...] Era a idade das crianças mais ou menos grandes, que eram educadas para ajudar à missa. [...] O segundo tipo de criança seria o modelo e o ancestral de todas as crianças pequenas da história da arte: o menino Jesus, ou Nossa Senhora menina, pois a infância aqui se ligava ao mistério da maternidade da Virgem e ao culto de Maria. [...] Um terceiro tipo de criança apareceu na fase gótica: a criança nua.

O menino Jesus quase nunca era representado despido. Na maioria dos casos, aparecia, como as outras crianças de sua idade, castamente enrolado em cueiros ou vestido com uma camisa ou uma camisola.” (ARIÈS, 1981, p.52-53)

Sendo assim, pode-se dizer que a descoberta da infância começou no século XIII, mas se consolidou durante o século XVII. O autor reafirma ao dizer que a criança sempre existiu, mas na Idade Média não havia um modelo real que representasse as crianças da época.

Mary del Priore (2013) aborda o contexto histórico da criança brasileira através da pesquisa em vários artigos, tendo como objetivo compreender como viviam e eram vistas as crianças em vários momentos no Brasil, principalmente antes e durante o período colonial. A autora relembra os primeiros momentos da Colônia de Santa Cruz em que houve a tentativa de adestrar físico e mentalmente as crianças indígenas, pelos jesuítas.

Segundo Priore (2013), algo que não se pode deixar de mencionar com relação à infância brasileira e aos jesuítas é à elaboração de modelos ideológicos sobre a criança. O objetivo dos jesuítas era impor os preceitos da fé e da moral católica da época ao catequizar índios, moldando-os a suas crenças, desconsiderando a realidade própria em que viviam e sua cultura ao transmitir aos nativos a ideia de que seus costumes eram maus. Porém, quando essas crianças cresciam, a maioria retomava as suas crenças de origem e a tentativa dos jesuítas de apagar a cultura deles não ocorria como idealizavam. Conforme enfatiza, Priore (2013):

“Despojados da fantasia de pequeno-Jesus, os mamelucos, mestiços e índios estavam então livres, para escrever por sua vez e de forma definitivamente sincrética, outra história em outro papel.” (PRIORE, 2013, p.25).

Dessa forma, ao analisar o contexto histórico conclui-se que a violência contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente, mas que adquire visibilidade no decorrer dos anos, na proporção que o conceito de infância se desenvolve. Conforme cita Delfino, 2005 apud Bandeira (2009):

Sabe-se que existiram sociedades em que as crianças eram sacrificadas, abandonadas ou mortas por razões culturais diversas, sendo conhecidas as mortes dos portadores de defeitos físicos, em Esparta, a execução dos portadores de deficiências físicas e mentais, incluindo o abandono de meninas em Roma e o sacrifício de crianças aos deuses, em Cartago. (BANDEIRA, 2009, p.33)

Bandeira (2009, p. 34) cita que o francês Ambroise Tardieu (1860) desenvolveu o primeiro estudo científico sobre violência doméstica realizado na área médica, porém não teve repercussão na época por questionar o poder paterno em uma sociedade com cultura predominantemente patriarcal e autoritária. Porém, cem anos após, em 1962, nos Estados Unidos, através dos Drs. Kempe e Silvermann, chegou-se ao conceito do fenômeno conhecido

como ⁹Síndrome da Criança Espancada, baseado em evidências radiológicas. Compreende-se que nenhum direito é adquirido sem lutas, da mesma forma ocorreu com a temática abordada, apenas após reivindicações dos movimentos feministas aliados a estudantes dos direitos civis que tais estudos puderam ser aceitos.

Outro tópico citado pelas autoras se refere à dificuldade em quantificar tais violências, por ocorrerem em ambiente familiar, algo camuflado por quem comete e praticado por quem deveria defender essas crianças. Mas como pode ser mais bem definida a violência doméstica relacionada à criança e adolescente? De acordo com Azevedo e Guerra (1989) apud Bandeira (2009, p. 35):

[...] todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dor ou dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO e GUERRA, 1989, p. 1).

E quais são os direitos da Criança e Adolescente? Uma importante conquista que não pode deixar de ser mencionada se refere ao Estatuto da Criança e Adolescente, regulamentado pela Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, pois reafirmam quais são os direitos das crianças e adolescentes e como devem ser garantidos esses direitos, assegurados por lei, em que tanto o Estado, quanto a família e a sociedade devem comprometer-se a cumpri-los. Segundo a Constituição no artigo 227 e enfatizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente:

[...] É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988)

Logo, qualquer violação desses direitos, configura-se violência cabível de punição a quem delas praticar.

Ainda segundo Bandeira (2009), alguns determinantes e fatores que contribuem para a perpetuação de tal fenômeno, desde o contexto histórico brasileiro, em que os castigos eram empregados como forma de disciplinar, sendo, assim, naturalizado, quanto outros condicionantes que mesmo não sendo a causa direta, influencia na perpetuação de casos de violência, tais como os fatores socioeconômicos, nível educacional, uso de drogas e álcool.

⁹ Termo utilizado no texto A IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DA NEGLIGÊNCIA POR PAIS DE CAMADA MÉDIA E POPULAR.

DELFINO, V. et al. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. In: Revista Texto Contexto Enfermagem, n. 14, (Especial), p. 38-46, Florianópolis, 2005.

Enfim, expressões da questão social que refletem de maneira negativa na vida dessas crianças e adolescentes que, mesmo com o avanço de obter leis que as protejam, percebe-se que ainda há muito que se conquistar, pois a violência doméstica ainda é uma triste realidade presente em nossa sociedade. Um importante avanço, cujo objetivo é coibir esses atos de violência naturalizados e praticados contra crianças e adolescentes, encontram respaldo em lei, conforme cita o Estatuto da Criança e adolescente (2021, p.10): “Lei Menino Bernardo (lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014), que estabelece o direito da criança e do adolescente de serem educados sem o uso de castigos físicos [...]”. Infelizmente, a conquista de direito sempre sucede após lutas e nesse caso específico, a morte de um inocente, é que conseguiu-se uma medida mais enérgica frente essa triste realidade, que passa a punir o(a) agressor e conter que mais casos ocorram.

O público que acessa a atenção básica em saúde são crianças e adolescentes, vítimas de inúmeras violações de direitos, inclusive a falta de alimentação adequada, moradia, alguns sofrem violência doméstica. E o que compete a Rede de Atenção Básica com relação à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, a fim de que seus direitos sejam de fato garantidos?

Conforme consta no documento de orientações básicas de atenção integral à saúde do adolescente, várias são as competências da Rede de Atenção Básica, destaca-se algumas:

Articular parcerias e desenvolver ações de educação em saúde que valorizem a alimentação saudável, a prática de atividades de lazer, de esportes e culturais favorecendo hábitos saudáveis. Realizar a vigilância à saúde no desenvolvimento de adolescentes e jovens identificando fatores de risco e de proteção às doenças e agravos, identificando as desarmonias do crescimento, os distúrbios nutricionais e comportamentais, as incapacidades funcionais, as doenças crônicas e a cobertura vacinal, o uso abusivo de álcool e outras drogas e a exposição às violências e aos acidentes, encaminhando o adolescente, quando necessário, para os serviços de referência e para a rede de proteção social. Identificar, no território, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos. Construir espaços para troca de experiências, atualizações e estudos entre os profissionais, incluindo a intervisão e supervisão dos casos (BRASIL, 2013, p.11-12)

Há no documento de orientação básica de atenção integral uma parte que trata especificamente sobre a saúde do adolescente, assim como o Caderno de Atenção Básica (2012b) que trata sobre a saúde da criança, em que mostram possíveis demandas e o que cada profissional deverá fazer, a fim de solucionar determinada problemática, através de ações desde o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, imunização, saúde sexual

e reprodutiva. Este trabalho enfatizará as situações e a intervenção do assistente social baseado nas orientações de tal documento, embasado em determinações de arcabouço legal.

Vale ressaltar que a legislação brasileira garante o sigilo nas consultas ao adolescente, em que não há obrigatoriedade de estarem acompanhados por seus pais, estando os profissionais, que atenderão esse público, cientes de resguardar e respeitar as decisões do usuário. Conforme cita, Ministério da Saúde (2013):

O/A adolescente tem direito à Privacidade no momento da consulta, a Garantia de confidencialidade e sigilo, vale ressaltar que o sigilo pode ser violado, em situações que coloquem em risco a vida do adolescente e de outras pessoas, e nesse caso, o mesmo deverá ser informado. É direito do adolescente, consentir ou recusar o atendimento, atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais e a informação sobre seu estado de saúde. (BRASIL, 2013, p.36)

Dessa forma, é importante atentar-se a essas questões, a fim de conquistar a confiança e prestar atendimento de qualidade. O assistente social, ao identificar situações de violência sexual e outros tipos de violência, devem ter embasamento teórico e conhecimento sobre as redes de proteção, cujo objetivo seja amparar o adolescente e orientar tanto o adolescente, quanto seus responsáveis acerca de seus direitos, na tentativa de retirar o adolescente da situação que lhe põe em perigo.

É através da escuta qualificada que o assistente social obterá as informações necessárias que o ajudarão nas escolhas para resolução das demandas que surgem no serviço e para melhor atender e prevenir situações de vulnerabilidade e violações de direitos. A Política de Assistência Social viabiliza direitos a esse público. Ela prevê que haja articulação entre políticas para melhor atender as necessidades das famílias, incluindo as crianças e adolescentes, então caso haja necessidade, encaminha-se o caso ao Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos da Criança e Adolescentes, Judiciário, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), enfim, toda rede que acolhe e defende os direitos desse grupo. Logo, há articulação de vários saberes e práticas, na tentativa de solucionar os diversos fatores que geram riscos e a não concretude de direitos.

3.3 Direitos dos LGBTQIAP+:

Ao analisar o contexto histórico brasileiro, pontuado por diversos autores, vê-se que culturalmente está enraizado o machismo, patriarcado e o conservadorismo, em que o discurso homofóbico é disseminado durante o processo de socialização entre os homens desde sua formação. Tudo que fugir dos moldes considerados normativos, é induzido a ser proibido. Dessa forma, há uma construção social que determina parâmetros de masculinidade e tais

discursos e ensino estimulam a intolerância e violência, inclusive a homofobia, para aqueles que não seguem esses padrões, conforme explicita Welzer-Lang, (2001, p.118) apud André et al (2016):

A homofobia é uma forma de controle social que se exerce entre os homens, isso desde os primeiros passos da educação masculina. Para ser valorizado, o homem precisa ser viril, mostrar-se superior, forte, competitivo... Senão é tratado como os fracos e como as mulheres, e assimilado aos homossexuais. Homofobia e dominação das mulheres são as duas faces de uma mesma moeda. Homofobia e viriarcado constroem entre as mulheres e entre os homens as relações hierarquizadas de gênero. A homofobia é o produto, no grupo dos homens, do paradigma naturalista da superioridade masculina que deve se exprimir na virilidade. (ANDRÉO et al, 2016, p.56)

Antes de falar sobre o acesso desse público às unidades básicas de saúde e a atuação do assistente social em demandas que necessitem de sua intervenção, faz-se necessário abordar sobre alguns elementos importantes na conquista de direito desse público à saúde.

Sabe-se que no final da década de 1970, no Brasil emergiram diversos movimentos sociais, no período que avançava o processo de redemocratização e a busca por uma sociedade democrática, vários segmentos populacionais lutavam pela conquista de direitos, inclusive a liberdade de expressão e luta contra a opressão ditatorial, em que nesse contexto surge um grupo que lutava também em defesa da liberdade sexual, direitos civis, políticos, sociais e humanos, conforme cita o Ministério da Saúde, 2013:

O Grupo Somos é reconhecido como precursor da luta homossexual, mas atualmente o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautando a homossexualidade como tema político. A expansão dessas ideias vai se configurando no denominado Movimento LGBT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. (BRASIL, 2013a, p.09)

No início dos anos 1980, surge à epidemia HIV/AIDS, em que a sociedade passou a associar a doença à orientação sexual e ao uso de drogas, provocando o aumento do preconceito. Na época havia um pensamento social que o contágio se dava apenas em pessoas que mantinham relações homoafetivas ou fizessem uso de drogas, circunstâncias que estimulou inicialmente um grupo de homossexuais (Grupo Somos) a lutar também em prol de melhoria do atendimento em saúde. O Grupo buscava a elaboração de estratégias que orientasse sobre prevenção da doença e promoção à saúde, exigindo também a resolução dessas questões que estavam inconclusas.

Vê-se, mais uma vez, que sempre que houver a conquista de algum direito, proporcionalmente, terá a insatisfação e luta por melhoria de determinada causa, em que através da pressão popular, alcança determinadas conquistas, inclusive, fomentaram debates

sobre a implementação em pautas governamentais sobre redução da violência, união civil, direitos sexuais e reprodutivos, entre outros. Conforme destaca o Ministério da Saúde (2013a, p.10), ainda na década de 80, surgiu discussão que envolvia a homossexualidade feminina, mas não teve força suficiente, pois eram invisibilizadas e só após a luta do movimento feminista, essas questões passaram a serem pautas em debates.

No Brasil, a sigla que identificava o movimento sofreu diversas alterações. Na década de 1980 era gays, lésbicas e simpatizantes (G,L,S), pois havia maior representatividade por gays homossexuais, e com o passar dos anos, outros grupos reivindicavam maior visibilidade, como cita Gomes e Zenaide (2019):

[...] Essas mudanças ocorreram para dar visibilidade às mulheres lésbicas e às travestis no Movimento Homossexual Brasileiro. As lésbicas passaram a ter uma maior organização em âmbito nacional só na segunda metade dos anos 1990, e, nesse mesmo período, começaram a surgir as organizações independentes de travestis e transexuais que, ao longo dos anos, foram se inserindo e fortalecendo o segmento, buscando, assim, o reconhecimento de suas identidades junto ao então movimento homossexual[...] (GOMES; ZENAIDE, 2019, p.08)

Atualmente, a sigla é composta por LGBTQIAP+, conforme explicita o Manual de Comunicação LGBTI++, 2021:

L: Lésbicas - É uma orientação sexual e diz respeito a mulheres (cisgênero* ou transgênero) que se sentem atraídas afetiva e sexualmente por outras mulheres (também cis ou trans). Não precisam ter tido, necessariamente, experiências sexuais com outras mulheres para se identificarem como lésbicas. Cisgênero é o indivíduo que se identifica com o seu "gênero de nascença". **G: Gays** - É uma orientação sexual e se refere a homens (cisgênero ou transgênero) que se sentem atraídos por outros homens (também cis ou trans). Não precisam ter tido, necessariamente, experiências sexuais com outras pessoas do gênero masculino para se identificarem como gays. **B: Bissexuais** - Bissexualidade também é uma orientação sexual; bissexuais são pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente tanto com pessoas do mesmo gênero quanto do gênero oposto (sejam essas pessoas cis ou trans). O termo "Bi" é o diminutivo para se referir a pessoas bissexuais.

T: Transexuais, Transgêneros, Travestis - Este é um conceito relacionado à identidade de gênero e não à sexualidade, remetendo à pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento. As pessoas transgênero podem ser homens ou mulheres, que procuram se adequar à identidade de gênero. Para se referir a elas, são usadas as expressões homem trans e mulher trans. As travestis, por sua vez, são mulheres trans que preferem ser chamadas dessa maneira por motivos políticos, de resistência, já que este termo está atrelado à marginalização das mulheres trans, que tinham como única alternativa a prostituição como modo de sobrevivência. [...] Deste modo, mulher trans é a pessoa que se identifica como sendo do gênero feminino embora tenha sido biologicamente designada como pertencente ao sexo/gênero masculino ao nascer. O homem trans é a pessoa que se identifica como sendo do gênero masculino embora tenha sido biologicamente designada como pertencente ao sexo/gênero feminino ao nascer. **Q: Queer** - É um termo da língua inglesa usado para qualquer pessoa que não se encaixe na

heterocisnormatividade, ou seja, que não se identifica com o padrão binário de gênero, tampouco se sente contemplada com outra letra da sigla referente a orientação sexual, pois entendem que estes rótulos podem restringir a amplitude e a vivência da sexualidade. **I: Intersexo** - É uma pessoa que nasceu com a genética diferente do XX ou XY e tem a genitália ou sistema reprodutivo fora do sistema binário homem/mulher. [...] E o símbolo + abrange outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero. (¹⁰GARCIA, 2021)

Com a implementação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa ser direito de todos e dever do Estado garanti-la, através da formulação de políticas sociais que atendam todo aquele que necessita do serviço, independentemente de cor, gênero, classe social, etc. Porém, faltava algo que contemplasse as especificidades dos diversos grupos sociais, inclusive, os historicamente excluídos. A fim de que haja uma assistência baseada na equidade, um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) fez-se necessário a construção de uma Política de saúde, cujo objetivo era reduzir as desigualdades e garantir o acesso desse grupo aos diversos serviços de saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde, lança em 2008, a Política LGBT, conforme enfatiza:

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. (BRASIL, 2013a, p.08)

Ao compreender que o processo saúde-doença está relacionado com os determinantes sociais, ou seja, o contexto histórico, cultural e social dos usuários, e reflete de maneira positiva ou negativa em sua saúde. Então, o desemprego, a falta de acesso aos direitos que constam na constituição, como educação, lazer, moradia, ou ser vítima de exclusão social por preconceito, discriminação, como homofobia, transfobia, etc., contribuem para o adoecer, seja psico ou fisicamente, de tais pessoas que vivenciam esses processos. Desta forma, para que o direito a ter saúde seja de fato conquistado, outros determinantes teriam que ser identificados.

Uma das estratégias para vencer o preconceito é ampliando o conhecimento, conforme cita Scopel e Gomes (2006):

O conhecimento tem provado historicamente que é o grande vetor do progresso da humanidade, em todos os tempos, e certamente pode ser um instrumento a serviço da convivência entre os seres humanos, começando por

¹⁰ Os conceitos sobre as diversas formas de gênero foram retiradas do site a seguir: <https://www.trt4.jus.br/portais/trt4/modulos/noticias/465934#:~:text=L%3A%20L%C3%A9sbicas%20%2D%20C3%89%20uma%20orienta%C3%A7%C3%A3o,para%20se%20identificarem%20como%201%C3%A9sbicas>
A autora é Sâmia de Christo Garcia e foi publicada no dia 20/07/2021.

nós mesmos, cada um no seu pequeno mundo, conscientizando-se de que o respeito à diversidade desfaz o preconceito [...]. (SCOPEL e GOMES, 2016, p.5-6).

Assim, tanto a sociedade quanto os profissionais devem se apropriar do conhecimento, além de respeitar a decisão do outro. Com relação ao atendimento a esse público na Atenção Básica de Saúde, todos que atuam na atenção primária devem seguir os princípios e diretrizes que regulamentam o SUS, assim como a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, Gays, bissexuais, travestis e transexuais, em que esse último está respaldado na Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, cujo objetivo principal é contribuir para redução de desigualdades e contemplar as necessidades de maneira equânime. No artigo 3º, aborda sobre as diretrizes, em que se faz necessário destacar algumas delas:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente, desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais [...] (BRASIL, 2013a, p.22 e 23)

Ao compreender quais direitos devem ser resguardados, os profissionais devem ser porta-voz na disseminação dessas informações, assim se destaca o dever do Assistente social, inclusive a orientar esse público acerca desses direitos e viabilizar estratégias que contribuam para que os mesmos sejam efetivados. Por exemplo, ao atender um usuário, deve-se levar em consideração seu nome social, uma forma de não constranger o mesmo e qualificar o atendimento prestado, conforme enfatiza Reis (2021):

O nome social é aquele escolhido por travestis e transexuais de acordo com o gênero com que se identificam independentemente do nome que consta no registro de nascimento. O nome social já pode ser usado, por exemplo, em atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), para inscrição no Exame

Nacional do Ensino Médio (Enem) e em cartões de contas bancárias, instrumentos de pagamentos, em canais de relacionamento e em correspondências de instituições financeiras. É importante, nas matérias jornalísticas, respeitar o nome social da pessoa, evitando publicar o nome de registro dela, porque gera desnecessariamente constrangimento e humilhação. (REIS, 2021, p.49)

Sobre essa questão, o CFESS N° 845, de 26 de fevereiro de 2018 em seu artigo 7º, enfatiza que “é dever da (o) assistente social defender a utilização do nome social das(os) usuárias(os), na perspectiva do aprofundamento dos direitos humanos.”

Outro ponto que merece destaque se refere à compreensão que mesmo que os usuários não se identifiquem com o sexo biológico (feminino ou masculino), no caso os homens trans e mulheres trans, ao encaminhá-los aos atendimentos médicos deve-se ter olhar atento a esse contexto, pois é imprescindível tanto para as mulheres ¹¹cisgênero quanto para os homens trans, o acompanhamento preventivo, a exemplo do exame Papanicolau que identifica precocemente lesões do colo de útero. Por esse motivo, a importância de se apropriar de conhecimento e dialogar com o outro para compreender quais suas necessidades e potencializar a assistência.

De acordo com o que cita o CFESS (2012, p.23 e 24) sobre o código de ética do Serviço social, em seu artigo VI, XI respectivamente: “deve-se buscar a eliminação de todas as formas de preconceito e incentivar o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças”, assim como o “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.”.

Dessa forma, a população LGBTQIAP+, deve ser acolhido e ter respeitado seus direitos adquiridos após tantas lutas no decorrer de sua trajetória e o assistente social é o profissional comprometido com a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”, conforme enfatiza o inciso II do código de ética profissional. O profissional deve repudiar práticas autoritárias ou violentas contra os negros, mulheres, indígenas, trabalhadores rurais, os lgbtqiap+, pessoas em sofrimento mental ou todas formas que oprimem e exploram a sociedade. Conforme inciso V expressa de forma resumida, o assistente social deve posicionar-se [...] “em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.”

¹¹ Cisgênero: Refere-se ao indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o gênero atribuído ao nascer. (GLAAD, 2016 apud REIS, 2018, p.27)

CONCLUSÃO

Após observar o breve resumo da trajetória da saúde antes e pós Constituição de 1988, entre outros elementos, descritos no decorrer deste trabalho, conclui-se que para haver a verdadeira efetivação e garantia do direito à saúde, faz-se necessário observar os determinantes sociais, ampliando políticas públicas que possam reduzir desigualdades e garantir o acesso à saúde com equidade, conforme consta no artigo 196 da Constituição, como dever do Estado.

Dessa forma, este trabalho de conclusão de curso contribuiu com o tema ao trazer elementos que comprovem que a presença multiprofissional na Atenção Básica, inclusive do assistente social, é extremamente relevante por entender que outras questões culturais, sociais, econômicas, psíquicas estão relacionadas ao processo saúde-doença e devem ser levadas em consideração na abordagem dos usuários que acessam o serviço.

Devido ao atual contexto de desmontes e alterações na fonte que custeia a atenção básica, tanto a população quanto os profissionais sofrem o impacto, pois a multiprofissionalidade fica comprometida, já que se tornou algo a critério do gestor, elencar quais profissionais farão parte da equipe da atenção primária e observa-se que o modelo que priorizam, refere-se ao ¹²biomédico, concentrando-se apenas no fator doença e não nos fatores que causaram o processo de adoecimento ou que poderão causar tal processo. Nesta visão, outras profissões se tornam optativas e não fundamentais, como a psicologia, serviço social, nutrição, etc., dentro das unidades de saúde.

Ao analisar o contexto histórico brasileiro, compreende-se que a sociedade ou o senso comum, por identificar realidades de maneira positivista, sem atentar-se para a realidade como todo, ainda mantém determinadas atitudes, fruto dessas raízes do passado.

Mesmo a Organização Mundial de Saúde ter ampliado o conceito de saúde no século XX, para uma visão que não a conceitua como apenas ausência de saúde e sim, engloba fatores físico, psicológico e social, ainda há barreiras por parte da sociedade e governantes que desconsideram os condicionantes nesse processo saúde-doença. Isso é um retrocesso, pois se volta ao Modelo hospitalocêntrico, em que o atendimento ao paciente se detinha apenas identificar a unicausalidade da doença e a priorização de outros interesses.

¹² O modelo biomédico de saúde está firmemente assentado no pensamento positivista, cartesiano e embasado em uma epistemologia com visão de mundo mecanicista, a qual impregna o imaginário médico até nossos dias. As bases para a construção da concepção biomédica de saúde-doença, caracterizada como modelo de saúde hegemônico na medicina tradicional do ocidente desde o século XIX, assentam-se nos postulados de precisão matemática e metodologia científica hipotético-dedutiva, com o cerne nas ideias de Galileu Galilei; empirismo e método indutivo, apoiados no desenvolvimento da estratégia de Francis Bacon; método analítico, fruto do racionalismo de René Descartes; mecanismos movidos por eternos ditames naturais, advindos da física mecânica de Isaac Newton. (Capra, 2012, Crema, 1989 apud LIMA, 2019, p. 37).

Dessa maneira, ao excluir do serviço profissionais que contribuem para a integralidade em saúde, reforçam o entendimento já superado que supervaloriza a doença e não a promoção de saúde e prevenção da doença, contradizendo ao que a própria ¹³Portaria em seu artigo 6º, Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014 que trata sobre a Política Nacional de promoção à saúde, enfatiza como objetivo geral, que é além de promover a equidade, reduzir vulnerabilidades decorrentes dos determinantes sociais. Logo, deve-se levar em consideração uma assistência que contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção.

Dessa forma, a (o) assistente social torna-se indispensável por contribuir com os outros profissionais e garantir uma assistência que preza pela dignidade da pessoa humana, ao viabilizar condições que fomentem a promoção à saúde, pelo qual através da construção do presente trabalho, pôde-se notar tais contribuições que este profissional oferta aos usuários e serviço.

Ao formular estratégias de intervenção, os assistentes sociais contemplam as demandas que surgem e contribuem para superação de problemáticas oriundas do sistema segregador e capitalista. Este profissional subsidia a equipe de saúde na busca de garantir o direito dos usuários a acessar os serviços, intervindo por meio da análise da situação socioeconômica dos mesmos, a fim de elucidar possíveis questões, sejam elas relacionadas aos direitos habitacionais, trabalhistas, previdenciários ou qualquer outro condicionante social que influencie no processo saúde-doença.

Com isso, mesmo numa conjuntura desafiadora, mesmo com projeto neoliberal instalado, que culpabiliza políticas públicas, sucateia os serviços de saúde, fragiliza as relações de trabalho, compreende-se que tais situações já fizeram parte na dinâmica da sociedade brasileira, os avanços e retrocessos, e que não é algo linear. Por esse motivo, desafios surgem para serem superados e sempre permearam a profissão e a sociedade. Logo, além de resistir e lutar, mesmo em contexto adverso, intensificado pelo neoliberalismo, deve-se nutrir a esperança de tempos melhores, ao compreender que nenhum momento difícil é eterno. Conforme enfatiza Iamamoto (2000, p.16) mesmo vivendo momentos de desafios, não se deve perder a coragem e a esperança para enfrentar o presente, alimentando sonhos de tempos mais humanos, justos e solidários.

Após essas considerações, conclui-se que este trabalho consiste numa contribuição para a formação em Serviço Social, com sugestões para a melhoria dos serviços de saúde e que

¹³ BRASIL, 2014. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. *Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*.

nesse estudo foram abordados diversos aspectos do direito à saúde, mesmo não contemplando todos os segmentos populacionais, como por exemplo: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani e a intervenção das (os) assistentes sociais frente todas essas realidades, tal trabalho deve servir de base para aprofundamento em estudos posteriores.

Referências:

- ALMEIDA, Giovana Goretti Feijó de; ENGEL, Vonia. **A influência da Economia cafeeira no processo de industrialização do Brasil na República Velha**. RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico, v. 1, n. 1, 2016.
- ANDRÊO, Caio; PERES, Wiliam Siqueira; TOKUDA, André Masao Peres, SOUZA, Leonardo Lemos. **Homofobia na construção das masculinidades hegemônicas: queerizando as hierarquias entre gêneros**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 46-67, 2016.
- ARAÚJO, Laís Martins Costa; OLIVEIRA, Antônio Carlos de. **Violência e Saúde: limites e desafios para atendimento a casos de violência doméstica na Maré por profissionais da Atenção Básica à Saúde**. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2018. 186p.
- ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.
- BANDEIRA, Noemi. **“VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: da denúncia ao atendimento”**. Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Assis, 2009.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.
- BERGAMASQUINI, Amanda Campos; DA SILVA, Camila Martins; DE CASTRO, Marina Monteiro; et al. Residência multiprofissional, atenção primária à saúde e Serviço Social: potencialidades do trabalho interprofissional. **Serviço Social e Saúde**, v. 20, p. e021001-e021001, 2021.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. Cortez editora, 2017.
- BEZERRA, Camila de Almeida Gomes et al. O serviço social na estratégia saúde da família e a promoção da saúde. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 12, n. 1, p. 69-79, 2018.
- BIEGER, Jessica et al. O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional. *In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*. Anais. Florianópolis. 2013.
- BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas**. Dissertação de mestrado em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS – Porto Alegre, 2015.
- BOVE, Cristina; FIGUEIREDO, Gladston. **População em situação de rua**. Coleção Caravana de Educação em Direitos Humanos. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da

República - SDH/PR e Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais - Flacso Brasil. Brasília/DF, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Congresso Constituinte, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
Acessado em: 17/06/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [Internet]. 2008
Acessado em: 17/06/2022
Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, 12 de Novembro de 2019**. Previne Brasil- Modelo de Financiamento para a APS.
Acessado em: 14/07/2022
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, 11 de Novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
Acessado em: 14/07/2022
Disponível em :https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
Acessado em: 14/07/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 2, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html
Acessado em: 14/07/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
Acessado em: 14/07/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf

Acessado em: 16/10/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Acessado em: 14/07/2022

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

BRASIL (h). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)

BRASIL (i). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL (j). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Acessado em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

Disponível em: 14/07/2022

_____. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009a.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm.

Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua : um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

Acessado em: 14/10/2022

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL (m). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

CAIXETA, CC, Moreno V. **O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008; 10 (1): 179-188.

Acessado em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>

Disponível em: 16/06/2022

CAPONI, S. Saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

CARNEIRO, Mauricelia Ligia Neves da Costa; COSTA, Teresa Cristina da. A perspectiva do trabalho em rede nos cras de Teresina-pi: t. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luis. Anais. São Luis: Anais, 2012. p. 1 - 12.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2011.

Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf

Acessado em: 19/09/2022

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.** Brasília, 81 p., 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do/a assistente social em questão. 1ª ed ampliada. Brasília: CFP/CFESS, 2012, p.78
Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>
Acesso em: 05 de setembro de 2022

CINACCHI, Giovanna Bueno; NASCIMENTO, Tania Maria Ramos Costa do; RODRIGUEZ, Andrea; MATTOS, Bianca. **População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19 [recurso eletrônico]** / Nilza Rogéria de Andrade Nunes, coordenação; Giovanna Cinacchi ... [et al.], autoras. – Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2021. 1 recurso eletrônico (60 p.). - (Coleção Interseções. Série Estudos)

COSTA NETO, Milton Menezes da. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).

CRONEMBERGER, Lorena Ferreira. **Ser mãe é padecer no paraíso? o dispositivo da maternidade nas narrativas de depressão pós-parto.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2019.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 389-394, 2011.

DE SERVIÇO SOCIAL, Conselho Federal. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde [Internet]. **Brasília: Cfess, p. 82, 2010.**

DE ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. **O conceito de saúde mental.** in PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL. Revista Usp, n. 43, p. 100-125, 1999.

DELFINO, V. et al. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. In: Revista Texto Contexto Enfermagem, n. 14, (Especial), p. 38-46, Florianópolis, 2005.

Acessado em: 19/10/2022

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71414365005.pdf>

FERREIRA, Verônica. **O novo e o velho no trabalho das mulheres.** in Mulher e trabalho: encontro entre feminismo e sindicalismo. Carmen Silva; Maria Betânia Ávila; Verônica Ferreira (org) - Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia; São Paulo: Secretaria Nacional sobre a Mulher Trabalhadora da CUT, 2005.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, v. 2, 2008.

FONSECA, Maria Liana Gesteira; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica.** in Revista de APS, v. 11, n. 3, 2008. p. 285 - 294.

GADELHA, Paulo; DE NORONHA, José Carvalho, CASTRO, Leonardo; e PEREIRA, Telma Ruth. **Economia e Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil**, 2021.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da. **Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP : [s.n.], 2011.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. **Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento**. *in* Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Volume: 17, Número: 1, Publicado: 2014.

GOLDMAN, Sara N. Envelhecimento e ação profissional do assistente social. Cadernos Especiais, v. 4, n. 8, p. 5-18, 2005.

GOMES, José Cleudo; ZENAIDE, Maria de Nazaré Tavares. A trajetória do movimento social pelo reconhecimento da cidadania LGBT. # Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia, v. 8, n. 1, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3ª. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

KLAUMANN, A. da R. Moradores de Rua-Um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do Centro Pop de Rio do Sul/SC. 2018. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em 09 jul. 2022.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Jorge Zahar Ed, 14ª ed. Rio de Janeiro, 2001.

LEITE, Lidiane Patrícia Ferreira e Silva. Envelhecimento e trabalho no capitalismo contemporâneo: reflexões necessárias. Anais do Seminário do ICHS – Humanidades em Contexto: desafios contemporâneos (2017).

LIMA, Thaís Rodrigues de. **CONSULTÓRIO NA RUA: atenção básica na rua**. II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas - “Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. 20, 21, e 22 de junho de 2018.

LIMA, Elisabete Napoleão O paciente somos nós: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. 215 p.

LOPES, Eli Fernanda Brandão et al. **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUAS DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL**. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, 2020.

MANDEL, E. A Crise do Capital; os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ed. Ensaios, 1990.

MARIA, Lígia. **Atenção Primária à Saúde na mira do desmonte: qual SUS queremos?**

Publicado em 07/01/2022.

Acessado em: <https://esquerdaonline.com.br/2022/01/07/atencao-primaria-a-saude-na-mira-do-desmonte-qual-sus-queremos/>

Disponível em: 12/07/2022, 18:12 hs.

MARTINI, Jussara Gue; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de ; XAVIER, André Junqueira ; BOTELHO, Lúcio José; MASSIGNAM, Fernando Mendes. **Atenção integral à saúde do idoso: medicina [recurso eletrônico]**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. / Universidade Federal de Santa Catarina. Jussara Gue Martini... [et al] (Organizadores). 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

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

Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>

Acessado em: 14/07/2022

MENDES, Cleide Ana Rodrigues; SANTOS, Patrícia Jobim. O Ajuste Neoliberal: Impactos na Política de Saúde no Brasil,

MARX, Karl. O Capital (Crítica da Economia Política): Livros I, II e III. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

OLIVEIRA, André Luiz Mendes; SACOMANO NETO, Mário; DONADONE, Júlio César. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e200150, 2022.

PIANA, Maria Cristina. **As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento**. 2009.

PINHEIRO, Ellana Barros. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: aspectos da intervenção profissional**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, p. 25-28, 2015.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

PORTO, Maria Célia da Silva. **Estado e neoliberalismo no Brasil contemporâneo: implicações para as políticas sociais**. IV Jornada Internacional de Políticas públicas. Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas. UFMA. São Luís no Maranhão, 2009.

PRIORE, Mary Del (Org.). História das crianças no Brasil. 7. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2013.

REIS, T., org. Manual de Comunicação LGBTI+. 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

REIS, Toni. Manual de comunicação LGBTI+. 2021.

Disponível em: <https://www.trt4.jus.br/portais/media-noticia/465957/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>

Acessado em: 17/07/2022

RODRIGUES, Lucas Pazolini Dias; DE AGUIAR, Cristina Caetano. **A Realidade Local e o Planejamento Governamental em Saneamento Básico no Estado de Minas Gerais**, 2019.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação**. espaço temático: Austeridade Fiscal, Direitos e Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2016.

Disponível em :

<https://www.scielo.br/j/csp/a/jXPKhnYnvR4BtZ4LcHDkm4M/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em :17-07-2022

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?** in Revista Serviço Social e Saúde. v. 11, n.1 , 2012. p. 27 - 50.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei; SILVA, Inácio da; KOHARA, Luiz; FERRO, Maria Carolina Tiraboschi; BESSI, Renata. **Conhecer para lutar**. Movimento Nacional da População de Rua. Cartilha para Formação Política. Projeto de Capacitação e Fortalecimento Institucional da População em Situação de Rua – MDS/UNESCO/Instituto Pólis. Outubro de 2010.

Disponível em: 21/09/2022

Acessado em:

https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III**. in Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 2006, 9(3), 460-483.

SANTOS, Ronald Ferreira dos. **Mais direitos, menos depressão**. CNS - Cartilha do Conselho Nacional da Saúde. 2016.

Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/CartilhaABRASUS.pdf>

Acessado em: 17-07-2022

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. **Serviço Social, das funções tradicionais aos desafios diante das novas formas de regulação sociopolítica**. Revista Katálysis, v. 5, n. 2, p. 115-124, 2002.

SCOPEL, Delza Tonole; GOMEZ, Mercedes Silverio. O papel da escola na superação do preconceito na sociedade brasileira. Revista Educação e tecnologia, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2006.

Disponível em:

http://www.faacz.com.br/revistaeletronica/links/edicoes/2006_01/edutec_delza_preconceito_2006_1.pdf

Acessado em: 14/09/2022

WOLLSTONECRASFT, Mary. **On the Prevailing Opinion of a Sexual Character in Women, with Strictures on Dr. Gregory's Legacy to His Daughters**. *New Annual Register* (1792): 457–466. [From *Rights of Woman*]

ZAMBON, Rodrigo Eduardo; PEREIRA, Maria Lucimar. **Fundamentos da Políticas Sociais e Políticas sociais**. Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017.

Atenção Primária à Saúde na mira do desmonte: qual SUS queremos?

Acessado em: <https://esquerdaonline.com.br/2022/01/07/atencao-primaria-a-saude-na-mira-do-desmonte-qual-sus-queremos/>

Disponível em: 12/07/2022, 18:12 hs.

Lei altera o nome do Estatuto do Idoso para Estatuto da Pessoa Idosa.

Acessado em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2022/julho/lei-altera-o-nome-do-estatuto-do-idoso-para-estatuto-da-pessoa-idosa#:~:text=Foi%20sancionado%20o%20Projeto%20de,%E2%80%9Cpessoas%20idosas%E2%80%9D%2C%20respectivamente.>

Disponível em: 02-12-2022