

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

Natasha Laureano da Fonseca

ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
matriciador ou apagador de incêndios?

Rio de Janeiro

2023

Natasha Laureano da Fonseca

ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
matriciador ou apagador de incêndios?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Letícia Batista da Silva

Rio de Janeiro

2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F676a Fonseca, Natasha Laureano da  
Assistente social na estratégia saúde da  
família: matriciador ou apagador de incêndios? /  
Natasha Laureano da Fonseca. - Rio de Janeiro,  
2023.  
93 f.

Orientadora: Letícia Batista da Silva.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,  
2023.

1. Formação Profissional. 2. Serviço Social.  
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária  
em Saúde. I. Silva, Letícia Batista da. II. Título.

CDD 370.113

Natasha Laureano da Fonseca

ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
matriciador ou apagador de incêndios?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 26/09/2023

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini (Fiocruz/EPJSV)

---

Profa. Maria Isabel Barros Bellini (PUC/RS)

---

Profa. Regimarina Soares Reis (Fiocruz/EPJSV)

## AGRADECIMENTOS

Carrego a sorte de estar vivendo de forma despreziosa a vida, e nessa, acabo encontrando pessoas e experiências que tornam a jornada muito melhor. O mestrado foi uma jornada consciente, mas que ingressei sem saber como seria, e com isso foi surpreendida com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que contribuiu e qualificou meu olhar e fazer profissional.

Um obrigado muito especial a minha orientadora Letícia, que tornou essa jornada especialmente leve, reflexiva e de muitas trocas. Tive muita sorte de ter como orientadora, pois sempre que saia das orientações, admirava como é uma mulher brilhante. Por isso, obrigada por dividir tanto e por ter ofertado tantas outras experiências no mestrado.

Agradeço a Profa. Maria Isabel Bellin, Profa. Márcia Valéria Cardoso Morosini e Profa. Regimarina Soares Reis, por fazer parte da banca desde a qualificação deste estudo e agora na defesa. As contribuições de vocês foram fundamentais para que eu conseguisse compreender o melhor caminho e enxergar a dissertação da melhor forma para seguir até aqui.

Aos colegas de turma que me fizeram estar em cada cantinho do país, aprendendo junto, mas especialmente a Fernanda, que dividiu essa jornada acadêmica e de amizade, em aula e pelas ruas do Rio de Janeiro com muita alegria, afeto e de um jeitinho único de enxergar o mundo.

Obrigada a minha família, predominante de mulheres, que me resgatam o tempo todo a fortaleza desse poder feminino e lembram que estou aqui por elas. Obrigada mãe e vó, por serem todo meu amor, apoio e admiração.

Aos meus amigos, que faz da vida só ter graça ser for dividida, e eu tenho muita sorte de ter os melhores amigos ao meu lado, que não apenas estão juntos vivendo e participando de tudo, mas apoiando e sendo lugar de acolhida. Obrigada por tanto Thuany, Taís, Adriano e Lucas.

E a Ingrid, que acredita mais em mim do que eu, tenho ainda a suculenta que foi me presenteada quando passei no mestrado como forma de me lembrar que consigo, e você me inspira e me recarrega, te amo, irmã.

E este mestrado só foi construído e sustentado pela minha vivência profissional, e mais uma vez, tive sorte de esbarrar com muitas assistentes sociais nessa ainda curta trajetória. E eu me pego até hoje percebendo durante um atendimento ou numa escrita de um relatório social, a presença de todas elas, em minhas falas, no meu jeito de escrever e

pensar a realidade de forma crítica, inspirada por profissionais comprometidas com os usuários e o SUS. Obrigada todas por inspirar e pensar no fazer profissional ético e compromissado com o que acredito. Dedico também a vocês.

E as todas as profissionais e amigas que trabalho em Maricá, que me fazem acreditar e resistir por um SUS melhor todo dia, fazendo do meu cotidiano leve e potente. Obrigada Gisele, Rebeca, Beatriz, Mônica, Letícia, Izadora e tantas mais, pela paciência e parceria.

E dedico especialmente a aquela que esteve comigo durante todas as aulas, estudos e escrita, com o melhor apoio e amor do mundo, Cacau. Quando o mundo parecia desabar na minha cabeça, e eu precisava abrir o computador e buscar forças para escrever, estava lá, uma cachorrinha amorosa que sempre tem um olhar afetuoso, um amor mais genuíno, dedicando todo carinho e sendo tudo para mim. Cacauzinha, me ajudou e foi essencial até aqui.

E por fim, fico grata pela aquela jovem de dois anos atrás que entrou no mestrado, descompromissada, apenas seguindo o prazer do saber, ficou mais ainda uma profissional inquieta, curiosa e instigada a seguir no SUS. Formada e moldada por pessoas e aprendizados que passaram por essa trajetória de formação, que alimentaram minha visão de mundo e estigaram a estar na saúde pública e fazer disso uma bandeira pessoal e profissional.

“Às vezes tenho a impressão de que escrevo por simples curiosidade intensa. É que, ao escrever, eu me dou as mais inesperadas surpresas. É na hora de escrever que muitas vezes fico consciente das coisas, das quais, sendo inconsciente, eu antes não sabia que sabia.”

Clarice Lispector

## RESUMO

A pesquisa da dissertação foi impulsionada pela vivência da trajetória profissional de assistente social na Atenção Primária em Saúde, e por isso, o cotidiano de trabalho provocou incômodos sobre o papel da/o assistente social enquanto matriciador da equipe de apoio NASF-AB, diante dos percalços do sucateamento do sistema único de saúde que refletem na prática, bem como, das imediatidades das demandas e atribuições postas ao profissional dentro da estratégia saúde da família. Diante disso, o estudo buscou pesquisar quais os parâmetros e desafios da atuação da/o assistente social na Atenção Primária em Saúde, questionando se o apoio matricial tem se tornado um trabalho imediatista, correlacionando com a concepção e imagem que se atribui ao assistente social nesse espaço de atuação. Assim, o objetivo geral deste estudo foi identificar elementos do processo de trabalho da/o assistente social na equipe NASF-AB, a partir da configuração de sua prática profissional, no que se refere ao matriciamento na ESF. Sendo os objetivos específicos: discutir o histórico da Atenção Primária em Saúde no Brasil, tendo como foco a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e atuação NASF; compreender o processo de trabalho do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família, identificando os avanços e retrocessos; e por fim, subsidiar lacunas do conhecimento na prática da/o assistente social enquanto profissional matriciador em saúde ao que concerne as reais condições de execução dos processos de trabalho na realidade cotidiana. O método utilizado foi de aproximação a esta realidade, sob o materialismo histórico-dialético, com a finalidade discutir histórica e criticamente, por meio da revisão da literatura para construir as categorias teóricas. E como estratégia metodológica para as categorias empíricas que emergem os resultados da pesquisa, foi utilizado a abordagem qualitativa. Desta metodologia de pesquisa, emergiram cinco eixos/categorias empíricas de análise, quais sejam: processo de trabalho; processo de trabalho em interface com a residência saúde da família; processo de trabalho na particularidade do contexto da pandemia; o trabalho da/o assistente social na APS; e o impacto da contrarreforma e saúde mental: matriciamento na APS. Os resultados obtidos apontaram para a ausência da discussão da interdisciplinaridade nas formações dos profissionais, o que atribui a dificuldade da sua execução, sendo a interdisciplinaridade viés para o apoio matricial; como também a escassez da educação permanente e continuada, dos instrumentos da ESF, e dos fluxos de trabalho, que revelaram ser indicadores da dificuldade da efetividade do apoio matricial. A imediatidade do trabalho da/do assistente social, foi majoritariamente vista nas produções analisadas e ficou indicado que a ideia da/do profissional ser porta aberta, contribui para tal, assim como, os rebatimentos das últimas contrarreformas da política de Atenção Básica em Saúde do país, afetam a viabilização do matriciamento. Portanto, a dissertação almeja contribuir com debates e reflexões que subsidiem a prática profissional.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Serviço Social; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica à Saúde e Apoio Matricial.

## ABSTRACT

The dissertation research was driven by the experience of the professional trajectory of a social worker in Primary Health Care, and therefore, the daily work caused discomfort regarding the role of the social worker as matrix supporter of the NASF-AB support team, in the face of mishaps resulting from the scrapping of the single health system that reflect in practice, as well as the immediacy of the demands and responsibilities placed on the professional within the family health strategy. In view of this, the study sought to research the parameters and challenges of the social worker's performance in Primary Health Care, questioning whether matrix support has become an immediate work, correlating with the conception and image that is attributed to the social worker in this performance space. Thus, the general objective of this study was to identify elements of the social worker's work process in the NASF-AB team, based on the configuration of their professional practice, with regard to matrix support in the ESF. The specific objectives are: to discuss the history of Primary Health Care in Brazil, focusing on the National Primary Health Care Policy and NASF activities; understand the Social Service work process in the Family Health Strategy, identifying advances and setbacks; and finally, subsidize knowledge gaps in the practice of the social worker as a health matrix professional regarding the real conditions for executing work processes in everyday reality. The method used was to approach this reality, under historical-dialectical materialism, with the purpose of discussing historically and critically, through a literature review to build the theoretical categories. And as a methodological strategy for the empirical categories that emerge from the research results, the qualitative approach was used. From this research methodology, five empirical axes/categories of analysis emerged, namely: work process; work process in interface with the family health residence; work process in the particularity of the pandemic context; the work of the social worker in APS; and the impact of the counter-reform and mental health: matrix support in APS. The results obtained pointed to the absence of discussion of interdisciplinarity in professional training, which attributes to the difficulty of its implementation, with interdisciplinarity biased towards matrix support; as well as the scarcity of permanent and continuing education, ESF instruments, and workflows, which proved to be indicators of the difficulty in the effectiveness of matrix support. The immediacy of the social worker's work was mostly seen in the productions analyzed and it was indicated that the idea of the professional being an open door contributes to this, as well as the repercussions of the latest counter-reforms of the Basic Health Care policy of the country, affect the feasibility of matrix support. Therefore, the dissertation aims to contribute to debates and reflections that support professional practice.

**Keywords:** Family Health Strategy; Social service; Primary Health Care; Basic Health Care and Matrix Support.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

ABS - Atenção Básica em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CNAR - Consultório na Rua

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CFESS - Conselho Federal do Serviço Social

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

DOU - Diário Oficial da União

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESB - Equipe de Saúde Bucal

eSF - Equipe de Saúde da Família

EPI - Equipamento de proteção individual

eMulti - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB-SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OS - Organização Social

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP - Projeto Ético Político Profissional

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMSFC - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## **LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

**Quadro 1-** Quantidade de produções bibliográficas nas Bases de Dados selecionadas para pesquisa no período de (2012-2022).

**Quadro 2-** Descrição das produções bibliográficas do CBAS selecionadas após a leitura prévia de títulos e resumos, organizada por autor; ano; título; Revista; e local do estudo e resumo no período de (2012-2022).

**Quadro 3-** Descrição dos artigos selecionadas na SCIELO, após a leitura prévia de títulos e resumos, organizada por autor; ano; título; Revista; e local do estudo e resumo no período de (2012-2022).

**Quadro 4 -** Classificação e categorização do material.

**Figura 1:** Imagem ilustrativa de atividades em território.

**Figura 2 -** Fluxograma do quantitativo do processo seleção dos materiais pesquisados.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE E APOIO MATRICIAL</b> .....	20
1.1 Atenção Primária em Saúde: contexto histórico e o modelo de APS no SU.....	20
1.2 Estratégia Saúde da Família e o apoio matricial.....	27
<b>CAPÍTULO II: TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ESF</b> .....	34
2.1 Serviço Social e matriciamento .....	34
2.2 A precarização do SUS e os efeitos na APS.....	39
<b>CAPÍTULO III: PERCURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	44
3.1 Revisão integrativa da literatura.....	44
3.2 Análise do material.....	48
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
4.1 Processo de Trabalho.....	57
4.2 Processo de trabalho em interface com a residência saúde da família.....	64
4.3 Trabalho da/o assistente social no contexto da pandemia.....	67
4.4 O trabalho da/o assistente social na APS e o impacto da contrarreforma.....	71
4.5 Saúde mental: matriciamento na APS.....	74
4.6 Síntese dos resultados .....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90

## INTRODUÇÃO

A dissertação parte de um incômodo enquanto assistente social na Estratégia Saúde da Família (ESF), no lugar que chamamos do “trabalho na ponta”, isto é, a prática profissional na assistência em saúde. Os incômodos da prática, refletidos nas demandas e chamamentos que a/o assistente social é convocado a responder, são, sobretudo, percepções acompanhadas de reflexões que provocaram esse tema, se expressão neste título de dissertação. São desafios do fazer profissional e representação da imagem da/o assistente social que refletem a problemática posta neste estudo.

Contudo, iniciei a proposta deste título, inspirada no momento que estava em formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), naquele período, foi observado o desafio de realizar o compartilhamento de saber e reforçar o que era atribuição da/o assistente social associada a visão social e cultural que obtém da profissão. Somado a isso, a especialização foi trilhada num período de uma gestão municipal, que desmantelou as unidades básicas de saúde, que no município do Rio de Janeiro, são chamadas de clínicas da família.

As clínicas da família, nessa época, foram anunciadas nas manchetes dos jornais locais, durante a gestão do ex-prefeito Marcelo Crivella, de “UPAS de família”, comparando as unidades básicas de saúde aos prontos-atendimentos de emergências, chamados UPAS. O termo repercutiu e representou a vivência de realizar uma atuação imediatista, como se estivesse acudindo as demandas das equipes; dos usuários e da comunidade e pouco fazendo o que era proposto. Assim como o termo midiático produz ironia e provocação, este título suscita o sentimento enquanto autora desta dissertação a discutir e pesquisar sobre a própria prática.

Posteriormente a essa experiência, a trajetória profissional segue na ESF, mas no Município de Maricá, no estado do Rio de Janeiro, e o cenário de um novo município não muda as questões que norteiam a problemática desta pesquisa, pelo contrário, em novas roupagens a problemática segue presente.

Diante disso, cabe destacar que o Serviço Social na atenção primária de saúde, atua preferencialmente na ESF, compondo uma equipe multiprofissional, sendo os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>1</sup>. A proposta desta equipe preconiza que a/o assistente social, assim como os outros profissionais que compõem a equipe

---

<sup>1</sup>Antes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a definição da nomenclatura do NASF, era Núcleo de Apoio à Saúde da Família, mas na atualização da PNAB do ano supracitado, o nome mudou para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB) suprimindo a noção de “apoio”. No momento em que desenvolvemos este estudo houve outra proposta de mudança na nomenclatura, por meio da portaria nº 635/2023. Isso posto, destacamos que a nova proposta intitulada e-multi não será tratada nesta dissertação.

NASF, sejam uma equipe de apoio para as equipes de referências das unidades básicas de saúde (UBS), sendo uma atuação prioritária em ser o apoio matricial<sup>2</sup>, isto é, a retaguarda especializada nas equipes de referência da ESF (BRASIL, 2010).

As unidades básicas de saúde, dispositivos da Estratégia Saúde da Família, dirigem às populações de territórios delimitados, pelas quais as equipes de referência assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011). Ou seja, são dispositivos territorializados, planejados para se situar perto de onde as pessoas moram, trabalham, vivem e se relacionam, desempenhando um papel fundamental no que tange a garantia do acesso aos serviços de saúde, na construção de vínculos, e prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2012).

Logo, a/o assistente social é chamada a atuar nesse cenário, tendo como base que a Atenção Primária em Saúde,<sup>3</sup> para além da assistência em saúde, realiza promoção e prevenção da saúde, atuando quanto ao vínculo, cuidado longitudinal e possibilitando a integralidade em saúde. Sendo assim, a atenção primária é uma abordagem que forma a base, coordena e integra o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Para tanto, cabe de início explicar que lugar é esse que a/o assistente ocupa que norteia esta dissertação. A concepção de Atenção Primária se funda no Brasil na década de 70 e faz parte das reivindicações da reforma sanitária, e com a constituição federal em 1988 que instaura a seguridade social, concebe assim o Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, pela lei orgânica de saúde n.º 8080. Entretanto, durante o processo de implementação do SUS, a atenção primária no Brasil passa a ser denominada de Atenção Básica à Saúde, mas ressalta-se que a concepção é a mesma. Desse jeito, a política nacional de atenção básica nasce depois da criação do SUS, tornando-se a porta preferencial dos usuários ao acesso sistema público de saúde.

A realidade que situa a Estratégia Saúde da Família, passa pelo reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e da complexidade das necessidades de saúde. Desse modo, requer da/do assistente social, atuar nos âmbitos da promoção da saúde, educação e mobilização em saúde, assim como, no fortalecimento da cidadania e da formação de redes de proteção social. Dado que, a/o assistente social trabalha constantemente na “*relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação*”

---

<sup>2</sup> O apoio matricial é uma intervenção pedagógico-terapêutica onde o compartilhamento de saberes, práticas, experiências tem como objetivo a Formação e Educação Permanente dos profissionais que dele participam. Além disso, há a responsabilização partilhada do cuidado, o que permite melhorar na qualidade da assistência e na organização e facilitação dos fluxos da rede assistencial em seus diferentes níveis de complexidade. (BRASIL, 2010).

*em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza”* (BRASIL, 2010, p.89).

Por isso, a proposta de organização da equipe NASF-AB, não se constitui como um serviço ambulatorial ou porta de entrada, a equipe faz um trabalho conjunto com os profissionais de referência, sendo a equipe mínima da ESF, para resolução e manejo das situações. Por meio da cooperação e multiplicação do saber; visando contribuir com a capacidade de escuta qualificada e construção de vínculos positivos entre usuários(as) e profissionais, buscando provocar mudanças nas práticas cotidianas (BRASIL, 2017).

Destaca-se que a proposta de trabalho do NASF-AB é ambiciosa, pois vem com objetivo de um novo formato de trabalho multiprofissional e quando tem o apoio matricial e o viés da interdisciplinaridade como base da equipe, já expõe um desafio ao exercício de trabalho convencional. Rompendo com o trabalho e lógica convencional de referencial do modelo biomédico, ou seja, aquela noção médica centrada.

E o desafio está em criar a atuação conjunta, entendendo que o NASF-AB se concebe para romper a lógica de encaminhamento, e vem para orientar e reorganizar junto a ESF, a corresponsabilidade do cuidado e do território. Isto posto, o NASF-AB visa imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

E quando a/o assistente social está inserido nessa equipe, logo, ele não é um profissional porta aberta, ambulatorial, nem presta uma atuação de forma fragmentada. Entretanto, quando se pensa a atuação da/do assistente social no NASF-AB, há dificuldades e/ou resistências dentro da própria organização da ESF. Queremos dizer que estes profissionais, ao serem demandados pela própria ESF, a trabalhar nos moldes de ambulatórios, ou seja, com atendimento espontâneo, individuais e de livre acesso, às vezes sem passar pela equipe de referência antes e/ou sem que a situação seja discutida ou compartilhada entre equipes, altera a natureza do trabalho proposto.

Estes formatos de processos de trabalhos não são previstos, pois vão na contramão do que é um apoio matricial, não se refere a seguir à risca os protocolos de trabalho, mas de fortalecer os sentidos do matriciamento, que visa a troca de saber efetiva<sup>4</sup> e comprometida com a integralidade em saúde. Destacamos que há diversas formas de concretizar o matriciamento como:

---

<sup>4</sup> Efetividade significando atendimento das necessidades de saúde em tempo adequado.

A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

Assim dizendo, o matriciamento pode envolver uma série de processos de trabalho que visam um apoio na resolução da atenção primária em saúde, que possa promover e viabilizar uma saúde de forma mais integral. E para tal, é por meio de um suporte nas demandas, atendimentos, atividades, ações e que durante tudo isso, haja um compartilhamento e troca de conhecimentos e saberes, assim como rege a definição de apoio matricial.

A partir da nossa experiência profissional, quando se pensa o serviço social no NASF-AB, observamos que os outros profissionais acabam visualizando a/o assistente social como porta de entrada, e, muitas vezes, tal fato é normalizado pelo senso comum, reiterando a ideia tradicional e conservadora de que as demandas sociais do usuário ou do território são questões exclusivas da/o assistente social. Tal ideia está em desacordo com a princípio da integralidade do cuidado em saúde que visualiza os determinantes sociais como elementos estruturantes das condições de saúde e de adoecimento das populações.

Esse fator pode relacionar ao olhar da lógica do modelo biomédico, que ainda é presente, da visão antiquada de que médico(a) trata apenas de doença, saúde mental abarca somente psicólogos e psiquiatras, e demandas que são expressões da questão social, são vistas como exclusivas da/o assistente social.

E outro fator que também contribui para esta realidade, são as contrarreformas das últimas atualizações da política nacional de atenção básica, ocorrendo uma segmentação do cuidado; mudanças no financiamento; uma escamoteada ambulatorização dos serviços, e até um reforço a privatização, torna o cenário analisado muito crítico, fazendo uma desassistência dos serviços de AB e perda na qualidade da ESF (MOSSORINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A título de exemplo, a precarização e desvalorização da ESF devidas as mudanças da política, houve um desmantelamento da saúde no Rio de Janeiro, que aconteceu nas últimas gestões municipais, mencionada no início da introdução. O que contribuiu para os profissionais de saúde atuarem numa alta demanda, sem fazer o que é preconizado e não dando conta daqueles casos complexos, que muitas vezes não conseguem ser acompanhados devidamente, o que fez tanto da/o assistente social, quanto da equipe de apoio matricial, a serem receptores de demandas emergenciais.

A experiência enquanto assistente social que motiva e norteia o interesse por essa pesquisa, vem desta realidade cotidiana que observamos tanto na própria atuação, quanto

observada nos demais colegas de categorias absorptos e engolidos pelas demandas, que muitas vezes são chamamentos de equipes ou de usuários que não correspondem a atuação que o/a assistente social se propõem realizar na ESF.

Exemplos de demandas que são corriqueiras, que subestimam a capacidade profissional, é direcionar ao serviço social demandas que se limitam a orientações básicas de acesso a direitos que qualquer profissional já matriciado pode realizar, como aquisição de documentos. A/o assistente social compartilha seu potencial de articular rede e reverberar por dentro da unidade básica de saúde, orientações e informações de redes no território para poderem ser disseminadas pelos demais profissionais, partindo desde o consultório com médicas(o) e/ou enfermeiras(o), ou do agente comunitário de saúde em suas visitas domiciliares no território.

Além disso, os equívocos da visualização que os profissionais possuem do serviço social, sendo a/o profissional que provê cestas básicas para a comunidade; que vai “denunciar”; que vai resolver um problema que é estrutural da sociedade capitalista; que faz um papel higienista nos usuários e a famosa visão do profissional caridoso que ajuda.

É sabido que a/o assistente social está sujeito a essas interpretações cobertas de senso comum em qualquer espaço ocupacional que irá atuar. Porém, a/o profissional, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de perspectivas específicas de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, dado que, é apoiado numa base acionada a partir do acervo teórico-metodológico e ético-político que dá suporte à formação e ao seu exercício profissional (CFESS, 2010).

Visto que, a profissão tem um projeto ético-político profissional que “*é produto histórico do movimento social de luta pela democratização do Estado no País, com forte presença da resistência social da classe trabalhadora contra a ditadura do capital*” (CAMARGO, p.70, 2014) que culminou em consonância com o projeto da reforma sanitária, tornando a categoria alicerçada aos princípios do SUS. Isto é, a reforma sanitária compreende a base do Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde (CFESS,2010) revelando estarem de acordo e sintonizados com a direção profissional que o serviço social caminha.

Desta forma, salienta as diversas maneiras que a/o assistente social pode multiplicar saberes, compreendidos como atribuições exclusivas a ele, mas que em sua maioria podem ser realizadas oportunamente por outros profissionais matriciados. E assim otimizar e potencializar a/o assistente social, a auxiliar e contribuir na ESF em outras questões e demandas que exigiam uma abordagem crítica-analítica para intervenções no cotidiano de trabalho profissional. Os exemplos e temas mencionados, exprimem incômodos vividos na nossa prática, e reflete no

sentimento permanente de não estar conseguindo executar o trabalho matricial e comprometer com a integralidade em saúde de forma exitosa, sendo visto e feito do profissional do serviço social, aquele que acode demandas consideradas emergenciais.

Em especial, quando respaldados em diretrizes, normas técnicas e políticas, entende-se que a/o assistente social na Estratégia Saúde da Família tem um papel pedagógico e educador tanto para a comunidade atendida pela UBS, como para os profissionais, este é a natureza do matriciamento em saúde. No entanto, a visão equivocada do profissional, juntamente com a falta de consideração e valorização da saúde da família, contribui para o profissional atuar equivocadamente na equipe, colocando os profissionais em uma grande demanda, sem cumprir o que é recomendado, fazendo com que a assistente social se torne um mediador de problemas ou uma profissional apagador de incêndios.

Estas questões levantadas que norteiam a temática desta presente dissertação, foram as inquietações vividas como assistente social residente na RMSFC, conforme já supracitado, e atualmente ainda atuando como assistente social na ESF, mas em outro município, de Maricá, que ainda visualizamos as mesmas questões.

Diante disso, implicou em tratar sobre o serviço social na ESF, sobretudo compondo uma equipe multiprofissional matriciadora que tem norteamientos de trabalhos similares, isto é, muitas atribuições são comuns a todos os profissionais que compõem o NASF-AB, tendenciando a questionar sobre as demandas que chegam para a/o assistente social. Uma vez que, a/o assistente social possui perspectivas dos processos sociais e isso está relacionado, dentre alguns fatores, à formação da categoria, a sua composição teórico-metodológica, bem como a sua competência na habilidade para desenvolver determinadas ações (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, apud IAMAMOTO, 2002).

Nesse contexto, nosso problema de pesquisa se refere a compreensão de quais os parâmetros e desafios da atuação da/do assistente social na Atenção Primária em Saúde, o apoio matricial tem se tornado um trabalho imediatista?

Desta forma, o objetivo geral deste estudo é identificar elementos do processo de trabalho da/o assistente social na equipe NASF a partir da configuração de sua prática profissional, no que se refere ao matriciamento na ESF. Sendo os objetivos específicos: discutir o histórico da Atenção Primária em Saúde no Brasil, tendo como foco a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e atuação NASF; compreender o processo de trabalho do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família, identificando os avanços e retrocessos; e subsidiar lacunas do conhecimento, na prática da/o assistente social enquanto profissional matriciador em saúde ao que concerne as reais condições de execução dos processos de trabalho na realidade cotidiana.

Assim, tomaremos como método de aproximação a esta realidade o materialismo histórico-dialético, com a finalidade discutir histórica e criticamente, assim como cobrir lacunas do conhecimento da prática numa equipe matriciadora na estratégia saúde da família. Partindo da compreensão de que o método marxiano nos possibilita aproximações sucessivas ao conhecimento da estrutura e dinâmica, na sua real e efetiva essência, do objeto que compreendemos.

Isto é, ir para além da essência do objeto que aqui se propõem a pesquisa, mas identificar a essência do objeto da pesquisa, para capturar a real estrutura e dinâmica, acumulando e adquirindo máximo de conhecimento, criticando e revisando, e tendo como premissa que não há possibilidade uma teoria que resulte na neutralidade do conhecimento teórico.

E a compreensão do materialismo histórico-dialético é fundamental para a construção do pensamento concreto (o concreto pensado), uma vez que, para Marx, a realidade é concreta justamente pela síntese de muitas determinações. Então, entender e estudar o objeto em sua totalidade, inicia pelo conhecimento teórico, visto que, é o conhecimento do concreto, que constitui a realidade, ou seja, o método que estuda estrutura e dinâmica do objeto, para obter *a reprodução ideal do seu movimento real*.

Em outras palavras, a partir dessa estrutura e dinâmica do objeto que vai direcionar os procedimentos da presente pesquisa, encontra-se a essência do estudo na sua totalidade, e as múltiplas determinações que constituem o concreto real. E é fundamental encontrar as relações entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas, devido às peculiaridades de cada totalidade (NETTO, 2011).

Como estratégias metodológicas foi utilizada a revisão de literatura na construção das categorias teóricas que orientam a aproximação ao objeto de estudo, assim com a revisão integrativa para as categorias empíricas, que emergem como resultado do presente estudo, de forma qualitativa.

Portanto, esta dissertação se organiza em quatro capítulos, os dois primeiros são as categorias teóricas, o primeiro abordando sobre a atenção primária em saúde e apoio matricial, já o segundo, refere a atuação da/do assistente social na estratégia saúde da família, obtendo nesse capítulo ainda a discussão sobre os efeitos da precarização do SUS ao trabalho profissional. Já o terceiro capítulo é sobre o percurso metodológico deste estudo, e por último, o quarto capítulo apresenta os resultados das categorias empíricas e síntese dos resultados.

## **CAPÍTULO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE E APOIO MATRICIAL**

Este capítulo propõe contextualizar por meios dos marcos históricos e legais o pano de fundo do objeto do tema deste projeto de dissertação, com o intuito de esclarecer que por dentro da temática há várias interfaces históricas e contextualizações que embasam o objeto. Desta forma, contextualizaremos sobre os primórdios da atenção primária, seu conceito e origem, bem como sua influência no Sistema Único de Saúde (SUS) e o próprio modelo de Atenção Primária em Saúde (APS), que no Brasil se desenvolve por um viés de Atenção Básica em Saúde, onde encontramos a estratégia saúde da família, política fundamental para compreender o papel do/a assistente social e o seu direcionamento nesse espaço-ocupacional como matriciador em saúde.

Desta forma, este capítulo está dividido em dois tópicos, o primeiro faz um resgate do contexto histórico sobre o que é atenção primária em saúde e influência para formação do modelo com o SUS. O segundo tópico correlaciona ao modelo realizado pelo SUS com a Política de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF) realizando o conceito de apoio matricial.

### **1.1 Atenção Primária em Saúde: contexto histórico e o modelo de APS do SUS**

O modelo de Atenção Primária em Saúde foi realizado primeiramente pelo Relatório Dawson no período de 1920, e o documento inglês, vinha com o propósito de mudar o cunho curativo e principalmente para amenizar o elevado custo no aumento da complexidade de atenção médica, tendo pouca resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007). No conteúdo do relatório especificava sobre:

Distingua três níveis principais de serviço de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejados para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços em muitos países (STARFIELD, 2002, p.30)

Em razão disso, em alguns países que adotaram percebendo uma resolutividade da atenção primária, como alguns países europeus, tem a APS no formato mais ambulatorial, mas sendo o primeiro contato do sistema de saúde com cunho universal. E nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Starfield (2002) aponta que a APS trata os problemas sociais mais comuns na comunidade, a qual é o local onde os serviços prestados contemplam a prevenção, cura e a reabilitação, visando potencializar a saúde, bem como o bem-estar do indivíduo e comunidade.

A autora ainda salienta que a APS que organiza os recursos, direciona as atenções de saúde, e lida com a conjuntura posta que integra a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

Assim, destaca-se que, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata em 1978, construiu uma declaração sobre os cuidados primários, e reafirmou a importância da Atenção Primária como prioridade. Esta conferência indicou a APS como estratégia para ampliação do acesso aos serviços de saúde, e seus princípios foram espelhados no novo modelo de proteção social em saúde instituído na implementação do SUS e outros sistemas de saúde.

A Declaração de Alma-Ata, promoveu resoluções para a APS com foco na promoção de saúde, juntamente com o reforço ao conceito de saúde ampliado da OMS, bem como a importância de se pensar a desigualdade social como um fator influente nas políticas de saúde e a responsabilidade do governo de atuar na promoção da mesma. Desse modo, apontou fortalecimento da APS, elucidando a saúde como um direito a ser assegurado pelos governantes de maneira ampla, considerando os determinantes sociais e políticos.

A atenção primária à saúde, nestes 30 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou por profundas transformações. Nos anos 1980, previamente à implantação do SUS inexistia uma política nacional de atenção primária com segmentação de coberturas e fragmentação da assistência. A assistência médica do seguro social prestava serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial sem definição de *gatekeeper*, inexistindo a figura de um médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, apresentando forte ênfase na atenção especializada (PINTO e GIOVANELLA, 2018, p.1904).

Foi evidenciado nesta conferência que a saúde precisa estar estruturada com a realidade, e os princípios discutidos possibilitaram uma revolução quanto ao pensamento que ultrapassa a ideia de saúde biomédica para uma condição selecionada de características socioculturais, considerando os principais problemas da comunidade para vislumbrar a saúde como serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades da população. Isto é:

A conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental; especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional países (STARFIELD,2002, p.30).

Logo, a concepção de atenção primária em saúde pela declaração de Alma-Ata, é compreendida como uma atenção de primeiro contato do usuário ao sistema de saúde, chegando essa atenção à saúde o mais próximo onde está a população, ou seja, em seus territórios de moradia, bem como onde trabalham. E sendo uma atenção que atua por não somente uma assistência, mas que abrange prevenção, promoção, cura e a reabilitação em saúde (GIOVANELLA; MENDOÇA, 2009).

Starfield (2002) contribui nessa compreensão nesse contexto histórico da atenção primária em saúde, definindo os principais atributos da Atenção Primária em Saúde, sendo eles: serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde; a longitudinalidade do cuidado; a integralidade em saúde e a coordenação do cuidado em saúde.

Desse jeito, a Atenção Primária à Saúde é considerada internacionalmente a base do modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Por isso, a Atenção Primária é a atenção em saúde prioritária, pois a partir dela que forma a base das demais atenções em saúde, conduzindo e incorporando o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

E acontece nos anos 70, que a concepção de atenção primária é difundida e ganha evidência nas pautas de políticas de saúde, inclusive tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras desta proposta (FAUSTO; MATTA, 2007). Assim, ganha também destaque nas políticas de saúde no Brasil, com a concepção sendo absorvida e aprimorada pela reforma sanitária que estava em grande movimento nesta década, até a promulgação da constituição federal de 1988, que enfim institui um sistema único de saúde universal e gratuito no país.

E não tem como discutir saúde no Brasil, sem mencionar a Reforma Sanitária, que foi um marco importante para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foi no final da década de 1970, com o fortalecimento do movimento sindical e a emergência de novos movimentos sociais na luta pela democracia e reconhecimento da cidadania, que emergiu o Movimento de Reforma Sanitária, o qual buscava a democratização da saúde, com o objetivo de torná-la um direito universal de cidadania. Este movimento lutava contra o modelo de saúde instaurado na ditadura, pois:

O Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiam apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal (BRAVO, 2001).

O marco desse novo tempo ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília e “Representou, inegavelmente, um marco, ao introduzir no cenário da discussão da saúde a sociedade” (BRAVO, 2001, p. 9). Vale destacar, que a reforma sanitária apesar de ser parte de reivindicações de lutas populares e representatividade de movimentos sociais, em prol da redemocratização do país desde a década de 70, é um espaço também de luta de classes.

Com isso, o projeto da reforma sanitária trouxe e discutiu nesse momento foram a universalização do acesso à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a concepção de saúde como direito social e dever do estado e muitas outras que foram incorporadas ao SUS.

E foi com a Constituição em 1988, que instaura um novo sistema de proteção social fundamentado na concepção de Seguridade Social, formado pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social como questão pública, de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2001). Nele estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivos principais à universalização, a participação popular, entre outros, rompendo assim com o modelo de saúde estabelecido anteriormente do regime ditatorial.

O processo de formação do SUS, por meio da Constituição, possibilitou a ampliação do acesso à Saúde como política de Estado democrático no Brasil, saindo de um “modelo bismarkiano<sup>5</sup> de seguro social — cobrindo menos de 50% da população — para um modelo beveridgeano de National Health Service com a criação do SUS” (PINTO e GIOVANELLA, 2018), com a promulgação da Constituição, questões importantes para o acesso à saúde universal foram enfrentadas, como a separação que havia entre a saúde pública e a previdenciária

A implantação do SUS se deu de forma gradual com o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a posterior incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto n.º 99.060) em março de 1990 e a Lei Orgânica da Saúde (n.º 8.8080) em setembro do mesmo ano. O SUDS consistiu em uma iniciativa do INAMPS de universalização da assistência que, até então, beneficiava apenas os trabalhadores formais, com carteira assinada e seus dependentes. Dentro desse processo, portanto, o SUS começou a ser implantado nessa estratégia que visava dar caráter universal à cobertura das ações de saúde.

Na década de 80, o setor público mantinha uma relação próxima ao INAMPS, que participava, há alguns anos, de seu financiamento. Em 1990 o INAMPS passa a integrar efetivamente a estrutura do Ministério da Saúde, sendo preservado enquanto era um instrumento para assegurar a continuidade, agora universal, da assistência à população, ainda restrita a médico-hospitalar. Somente em 1993 o INAMPS é extinto, três anos após a lei que institui o SUS (LEVCOVTZ e PEREIRA, 1993).

---

<sup>5</sup> No modelo Bismarkiano, os benefícios cobrem quase exclusivamente os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição feita anteriormente e o montante das prestações é proporcional à contribuição que fora efetuada. O financiamento dos recursos é proveniente de contribuição direta de empregados e empregadores, fundamentada na folha de salários. Os objetivos de benefício nesse regime consistem na manutenção da renda dos trabalhadores em momentos de risco em que haja ausência de trabalho (BRANCO, 2017).

O SUS possui um modelo de gestão descentralizado, em que a União, Estados e Municípios dividem a responsabilidade e garantem o atendimento de saúde para todos através da parceria entre os três poderes. Possui como objetivo dar assistência à população, se fundamentando no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a promoção de meios — processos, estruturas e métodos, para a viabilidade de sua aplicação e efetividade no território brasileiro. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A proposta defendida no SUS tem como aspectos significativos, além da constituição de uma esfera pública de controle social, a “*democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de uma modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações*” (BRAVO; 1996, p.30).

Além disso, o SUS ultrapassou a concepção de saúde como questão biológica para atingir uma concepção que compreende a saúde por meio das condições de vida, moradia, da comunidade, tendo assim, uma dimensão social. Por isso, a lei trouxe um conceito ampliado de saúde, isto é “*a saúde como 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*” (Lei 8.080, art. 3º).

Vale destacar, a que concepção estamos apontando aqui sobre determinantes sociais de saúde (DSS), parte da definição pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que determinantes sociais de saúde são diversas instâncias da vida, isto é, correspondem as questões materiais, como condições de moradia; trabalho, acesso a alimentos; qualidade do ar. Assim como, também faz parte dessa instância da vida, os fatores comportamentais, sendo estilo de vida, da comunidade, fatores econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e demais outros.

Ou seja, para a OMS (2008), os determinantes sociais da saúde (DSS) são os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária.

No entanto, é importante entender e olhar de forma crítica para essa concepção, por envolver compreender que estes determinantes sociais estão relacionados a dinâmica da produção capitalista, e por isso, a iniquidade dessas questões são ocultamentos da sociedade a qual estamos inseridos e reproduz as desigualdades sociais, como parte do seu processo de acumulação capitalista.

Assim, “*essa compreensão parte da abordagem latino-americana ancorada no referencial teórico do materialismo histórico-dialético, estabelecendo a associação direta entre o processo saúde-doença e a dinâmica da produção capitalista*” (SILVA; BICUDO, p. 121, 2022). Desta forma, fica compreendido que processo saúde-doença que envolve os

determinantes sociais, faz parte do processo dialético da reprodução do capital, logo, o que corresponde que a saúde está permeada pela expressão de contradição e desigualdade oriundas do capitalismo.

Apesar disso, novas concepções são incorporadas como a participação social com a Lei nº8.142/90, consolidou a participação da sociedade civil em espaços públicos por meio de Conselhos e Conferências de saúde. Uma forma de garantir e viabilizar, a efetivação do controle social, os quais são um dos princípios norteadores da política de saúde. A participação da comunidade emite uma orientação a fim de democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde.

É assentado nos princípios doutrinários do SUS como universalidade, equidade e integralidade e organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, baseando-se em níveis de atenção. Os níveis de atenção organizam e facilitam o acesso à saúde, havendo hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade, seguindo as definições da OMS, e se estruturando em três níveis: Atenção Primária (as Unidades Básicas ou Equipes de Saúde da Família, sendo a porta de entrada ao SUS), secundária (Clínicas, Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas) e terciária (Hospitais de grande porte, com alta complexidade).

Esta estrutura segue as orientações previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e regulamentam a forma como os serviços devem estar dispostos e hierarquizados, visando à promoção da saúde dos indivíduos. O SUS é organizado por Redes de Atenção à Saúde (RAS), que viabiliza um melhor arranjo e cobertura de saúde adequada de acordo com o que dispõe seus princípios e diretrizes.

O SUS de maneira regionalizada oportuniza o arranjo dos serviços de saúde, como ambulatórios, laboratórios, hospitais e demais outros em dado território, de maneira que as unidades básicas de saúde estejam mais esparsas e descentralizados, de modo que os serviços de saúde especializados possam ofertar de jeito centralizado e concentrado (PAIM, 2015).

Desta forma, a concepção de atenção primária é incorporada no SUS e predomina o entendimento de uma APS como o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo de atenção em saúde e sendo uma estratégia para reorientação do modelo de atenção do SUS.

Atenção Primária no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde, devido à concepção difundida e compreendida durante seu contexto histórico até o momento do SUS, dado que foi feita uma interpretação que não representava a política de atenção primária que no Brasil se instaura, em razão de:

Durante a década de 1980, a concepção de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como atenção primária seletiva. Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p 582).

Por isso, uma atenção básica compreendia melhor o que estava se propondo com o sistema único de saúde, não sendo uma atenção primária focalizada em populações mais pobres ou serviços mais segmentados, mas sim numa atenção de fato de porta de entrada do SUS para todos e com viés de um cuidado de saúde pautados nos seus atributos que a caracterizam.

No decorrer do início da implementação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde formulou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo para a Atenção Primária brasileira e a implantação do PSF é um marco na incorporação de um modelo de porta de entrada para o SUS. A história da origem do PSF está diretamente relacionada à criação de um programa já existente desde 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Dessa maneira, pôde se perceber, ao longo dos anos, diferentes formas de organização da APS. Assim sendo, diferentes modelos foram implementados no país, com lógicas, interesses e funções distintas entre si, com o exemplo do PACS. O programa era uma iniciativa presente em áreas do Nordeste (PINTO e GIOVANELLA, 2018), desde 1980, mas propulsionado em 1991.

Tinha como objetivo melhorar as condições de saúde, e o consequente acesso a ela, de populações mais vulneráveis. Os agentes comunitários seriam fundamentais parceiros no diálogo entre equipes de saúde e comunidade, enquanto os mesmos também pertenciam à comunidade, sendo também moradores do território.

Contudo, é com o PSF, um dos marcos mais expressivos subsequentes para APS no país. No direcionamento da Constituição e da Lei 8080, o que já vinha ocorrendo de maneira localizada com o PACS, fora ganhando mais corpo no que tange a centralidade do município no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, culminando na criação do PSF com abrangência nacional (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A reafirmação do PSF como serviço da atenção básica ocorre com a Norma Operacional Básica de 1996 — NOB-SUS 96, essa normativa priorizou a Atenção Básica ao dar ênfase ao PSF e ao PACS. O programa trouxe uma visão de intervenção nas questões de saúde antes que elas chegassem como demandas, agindo preventivamente, não centrando apenas na intervenção médica (VIANNA; POZ, 1998).

O PSF instituído preconiza a formação de equipes multiprofissionais, sendo compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde,

atuando no território de abrangência definido, com cadastramento e acompanhamento da população da área adstrita. Esta equipe deve conhecer a comunidade que atua, conhecer as famílias da área, bem como identificar os problemas de saúde e elaborar/desenvolver ações educativas aos problemas de saúde identificados e realizando assistência à saúde às famílias do território (CASTRO; FAUSTO, 2012).

O PSF foi constituído com caráter organizativo e substitutivo aos modos de organização anteriores, calcado no modelo tradicional de médicos especialistas e tornou-se, paulatinamente, uma estratégia organizativa e norteadora de toda APS no território brasileiro. Com isso, foi perdendo o caráter de programa e passou a ser um instrumento de reorganização e de estruturação do SUS, isto é, foi estabelecido como Estratégia Saúde da Família a partir do fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica — PNAB.

Desta forma, é por meio da portaria n.º GM/648 do Ministério da Saúde, em 2006, publicou aquilo que é considerado o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (GIOVANELLA; PINTO, p. 1905, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família ganhou conformidades pela PNAB e a definiu como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, reforçando os princípios básicos do SUS.

Ressaltando que é partir desse momento, que temos a primeira política nacional de atenção básica, bem após a criação do SUS. Sendo desse jeito, o reconhecimento dos princípios norteadores da atenção primária em saúde, ocorrendo somente em 2006, que é quando temos uma política voltada ao modelo de Atenção Básica em Saúde, já em desenvolvimento, trazendo a estratégia saúde da família como seu grande potencial para uma porta de entrada do SUS fortalecida.

## **1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O APOIO MATRICIAL**

A Estratégia Saúde da Família é proposta pela PNAB como a estratégia que irá reorganizar a atenção básica no País, conforme os preceitos do SUS, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de concretizar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando assim a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade, além de viés custo-efetividade. Ou seja, é “conjunto” de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10).

A respeito da organização do processo de trabalho na ESF se orienta pela prestação de assistência em saúde, ações de promoção e prevenção em saúde, conhecimento da realidade local, e da comunidade, bem como das famílias pelas quais a equipe é responsável, garantindo o princípio da integralidade e o cuidado longitudinal e identificando fatores de risco.

Em outras palavras, A ESF se baseia em princípios norteadores como a centralidade na família e comunidade, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação intersetorial, e a participação social. É introduzido na APS um cuidado territorial, preventivo, que considera as histórias de vida dos sujeitos, o modo como se relacionam, os vínculos sociais, sendo estes protagonistas desse cuidado.

Há uma concepção de saúde, portanto, ampliada, que considera todo um contexto relacional e sociocultural para além da remissão do sintoma orgânico e assistência em momentos de adoecimento e crise e do cuidado centrado no indivíduo. Esses aspectos — a desospitalização, a humanização do SUS e a integralidade na APS, se apresentam como um ponto positivo e fundamental para se pensar cuidado à saúde fora do contexto hospitalar e descentrada da figura do médico.

Isto é, a ESF atuará nas unidades básicas de saúde (UBS) e/ou nas unidades de estratégia saúde da família (USF), onde terá definido a população adscrita pelo território que a unidade cobre e desta forma, a equipe de ESF irá conhecer as famílias e a comunidade daquele território que a unidade e equipe tem responsabilidade, identificando e reconhecendo os problemas de saúde, as vulnerabilidades e potencialidades daquela área, para realizar promoção e prevenção de saúde. E para tal feito, a equipe da ESF presta assistência em saúde, seja nos atendimentos, nos grupos, nos programas e atividades que irá implementar para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, abrangendo também desenvolver ações educativas e intersetoriais (BRASIL, 2006).

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família tem como organização a equipe de referência nas unidades básicas de saúde, composta por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). E pode conter a equipe ampliada pela equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012). Deste modo:

A concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p.604)

Diante da formulação do que é a ESF e como funciona, as responsabilidades das equipes de ESF para realização da efetividade do que se propõem a ESF, algumas são: territorialização e mapeamento da rede e território; manter atualizado o cadastro das famílias e os dados demográficas e epidemiológicas do território para fins de planejamento em saúde; acolhimento; ações educativas; busca-ativa; manter a coordenação do cuidado; discussão dos casos nas reuniões de equipe; garantir a continuidade de acompanhamento, e encaminhamento para as outras redes de atenção à saúde; identificar rede e recursos na comunidade para ações intersetoriais; incentivar a formação e participação popular nos conselhos de saúde e dentre muitos outros (BRASIL, 2008).

A ESF carrega como responsabilidade de uma atenção no SUS, em ser preferencialmente o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Desse modo, coordenando o cuidado de modo a efetivá-lo diante do tempo e das necessidades dos indivíduos, família e coletividades, podendo prevenir e promover saúde a partir do cuidado no território. O vínculo e a resolutividade são elementos importantes para se pensar a responsabilização das equipes em relação ao cuidado integral aos usuários. Uma APS que funciona pode ser resolutiva em mais de 80% das necessidades em saúde de uma população.

Salienta as diversas responsabilidades que vislumbram a potencialidade que é construção da ESF como porta de entrada do SUS e seu fortalecimento da organização da atenção básica em saúde, sendo a ESF um diferencial no quesito de ter como responsabilidade e parte do processo de trabalho oferecer acolhimento ao usuário não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, e assim fortalecendo o cuidado em saúde não somente num consultório, como também no cuidado que vai além do individual, mas é familiar, coletivo e comunitário.

Pensando, principalmente, que isso é integralidade do cuidado, e um princípio do SUS que consiste em garantir ao indivíduo uma assistência à saúde para além de práticas curativas, o trabalho da ESF se evidencia ainda como mais pertinente para sustentação desse princípio, na medida em reconhece as necessidades de saúde da população e possui recursos para abordá-las, bem como organizar o cuidado em outros níveis de atenção.

Com isso, o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença, materializado na Estratégia Saúde da Família, faz emergir uma demanda por um olhar para além da equipe mínima, requisitando assim um olhar especializado de uma equipe multiprofissional.

Deste modo, formulou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que traz o conceito de apoio matricial a ser executado no trabalho multidisciplinar por meio de processos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). A equipe de apoio a ESF vem também

para alterar a tradicional forma de referência e contrarreferência, ademais para uma construção de diálogo democrática no processo de trabalho para melhores formulações das conduções da assistência à saúde na AB, em que as responsabilidades da equipe da ESF e equipe de apoio matricial não vão ser diluídas, mas sim compartilhadas e definidas (CAMPOS; CASTRO, 2015).

Vale ressaltar que o apoio matricial é uma metodologia anterior ao NASF, a rede setorial e bem como outros dispositivos de saúde, como os de saúde mental foram e são ainda outras formas de matriciamento. O apoio matricial em saúde mental visa, por exemplo, evitar práticas que levam a “psiquitrização” e a “medicalização” e melhores manejos dos casos de saúde mental na APS. A ferramenta de Apoio Matricial, formulada por Gastão Wagner em 1999, vêm auxiliando um trabalho mais colaborativo entre a Saúde Mental e a APS (BRASIL, 2011) e essa junção potencializa a realização da clínica ampliada, na medida que integra diversas profissões, especialidades e saberes (CAMPOS e GAMA; Ministério da Saúde, 2011).

Neste trabalho, Gastão se orienta pela experiência acumulada durante oito anos em dois municípios do interior de São Paulo e de Minas Gerais, refletindo como a cultura e o processo de subjetivação das equipes tem sido efetivada a partir de paradigmas (medicalizantes e Saúde Coletiva) e de saberes (psicanalítico e Saúde Mental).

Todavia, é “*somente com a criação do NASF (BRASIL, 2008) que o Ministério da Saúde possibilita o financiamento que estimula a utilização da metodologia de Apoio Matricial na atenção primária à saúde*” (CAMPOS; CASTRO, 2015, p. 462). O Apoio Matricial, desse modo, se apresenta como um arranjo organizativo que viabiliza o suporte técnico de determinadas áreas de saber para equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações primárias de saúde. Essa ferramenta, ainda, é o modo de gestão de opera o NASF, numa proposta que objetivou a ampliação do escopo da APS e, conseqüentemente, da resolutividade do cuidado, reforçando a ESF enquanto estratégia.

Desta forma, em 2008 o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 154 implementou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a equipe de apoio matricial. Formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades, entre eles: assistente social, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010).

O NASF foi formulado para contribuir no compartilhamento de práticas e saberes em saúde com as equipes de referência, buscando auxiliar no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, como também agregar práticas mais integrais na atenção básica (BRASIL, 2011). O NASF tem como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, para,

também, contribuir com a resolutividade, a abrangência e as ações das unidades básicas de saúde. E é a partir do trabalho da equipe do NASF, que a porta de entrada pode tornar-se mais resolutiva e promover o acesso mais organizado da população aos outros níveis do sistema de saúde, bem como mais integral (BRASIL, 2009).

O NASF ou quaisquer outras equipes multiprofissionais que tenham na AB com objetivo de apoiar as equipes de ESF, acaba tendo um entendimento que muitos profissionais possuem ser para “aconselhar” as equipes de saúde da família, mas, na verdade, o matriciamento está na contribuição no estabelecimento de redes de apoio ao usuário e familiares, como novas terapias e alternativas.

O apoio matricial é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, utilizando o referencial da interdisciplinaridade, ou seja, é a troca de saberes entre equipes e os profissionais de diversas especialidades, constituindo um núcleo de saber de cada um deles, visando ampliar a capacidade de análise dos casos e a capacidade resolutiva das equipes de referência, constituindo o apoio matricial num lugar de saber horizontal e não hierarquizado (OLIVEIRA, 2013).

O objetivo do matriciamento além de sair daquela lógica de encaminhamento para especialidade e um cuidado fragmentado, está também no fortalecimento de um cuidado em saúde integral, isto é, o cuidado contínuo dos usuários e fortalecer principalmente o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, que funciona também como uma forma de educação permanente, ampliando assim a comunicação entre todos os profissionais (CAMPOS; CASTRO, 2015).

Visto que, para sustentar isso, passa pela compreensão que a APS como porta de entrada do SUS e a valorização de uma lógica de trabalho diferente do atendimento ambulatorial especializado, privilegiando a lógica do Apoio Matricial para sustentar essa perspectiva (CASTRO; MACHADO, 2012). Na formulação da equipe NASF, o Apoio Matricial aparece como uma ferramenta possível de subsidiar a entrada de especialistas na APS sem que ocorresse uma “especialização” demasiada, ou seja, que a ESF pudesse contar com o olhar especializado sem introduzir e fragmentar o cuidado em especialidades rígidas.

Para realização desse trabalho potencializado, as equipes de apoio não se esgotam numa mera e simples partilha de saberes entre equipes da ESF, ao contrário disso, há diversos caminhos, e outros podem e devem ser criados entre as equipes, a comunidade e seus territórios. Como, por exemplo, articulação setorial, com os dispositivos do território, assim como, com parceiros e líderes comunitários e religiosos, associação de moradores, com espaços de lazer e ocupação da comunidade.

O território é dinâmico e mutável, se a equipe de apoio não entender que matriciamento parte de conhecer e identificar de forma peripatética a saúde local, há uma falha inicial nessa troca de conhecimentos e cuidado. Na imagem, retirada do caderno de atenção básica, ilustra de forma síntese atividade em território que a equipe NASF pode estar.

**Figura 1:** Imagem ilustrativa de atividades em território



Fonte: Caderno de Atenção Básica 39- Ministério da Saúde, 2014.

E essa representação defini, que a equipe de apoio a ESF, pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, no empenho de estabelecer corresponsabilização do cuidado e na condução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Principalmente por estar justamente nas relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula no território, devem ser considerados parte do processo de trabalho, na produção do cuidado.

E essa tão frisada troca de saberes, nada mais é a articulação interdisciplinar dos profissionais, e a forma como esse trabalho interdisciplinar se dá, ocorrendo nas discussões dos casos, nas reuniões de equipe, acontecendo nos atendimentos compartilhados, chamados de interconsulta, que realizam uma intervenção e de práticas no ato do atendimento, viabilizando possibilidades para a condução do caso, bem como gerando experiências para os profissionais ali envolvidos.

Assim como, durante as visitas domiciliares, nos grupos e ações e atividades, sempre potencializando que as equipes de referência e de apoio sob todos os espaços e momentos ampliam a integralidade em saúde. Possibilitar a composição interdisciplinar, viabiliza a construção dos projetos terapêuticos, uma melhor coordenação do cuidado, decisão

compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e potencializa as práticas de saúde.

Diante disso, a ação interdisciplinar entre equipe ESF e qualquer profissional multiprofissional proporciona um olhar mais universal e integral da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, contribuindo no entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que atravessam o cotidiano do usuário e de sua família.

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

Entretanto, houve mudanças com as últimas Políticas Nacionais de Atenção Básica, como a PNAB de 2011 nos formatos das equipes da saúde da família e NASF, e seis anos depois a PNAB publicada, mediante a portaria nº 2.436, em 21 de setembro de 2017, essa PNAB foi mais polêmica e trouxe retrocessos a Atenção Básica em Saúde, que alteram até esse conceito de apoio matricial, por exemplo.

Isto posto, buscou-se reforçar aqui o entendimento da importância da interdisciplinaridade na saúde para a criação de equipes multiprofissionais que podem compor a APS, e coloca em evidência que é uma Política de Saúde que enraíza por mudanças que alteraram o modelo hegemônico biomédico para um modelo de saúde mais amplo.

Em especial quando o conceito de apoio matricial está inserido no processo de trabalho da ESF, sendo por outros dispositivos de saúde e assistência, mas principalmente pela equipe NASF, onde preferencialmente o/a assistente social está inserido e tem como o objetivo de fortalecer e consolidar a atenção básica em saúde do SUS.

## CAPÍTULO II: TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ESF

A discussão sobre matriciamento na estratégia saúde da família, nesse capítulo, trata sobre o trabalho da/o assistente social na equipe de apoio a ESF, a equipe NASF-AB, partindo do lugar enquanto profissional de suporte e apoio a ESF, como também para os usuários e comunidade. Propomos discutir o que se baseia esse fazer profissional na equipe, correlacionando o matriciamento em saúde, sendo essas premissas que nos impulsaram a saber nesse capítulo e conversar a frente com os resultados obtidos.

Ainda nesse capítulo, discorreremos sobre os impactos das contrarreformas na Política Nacional de Atenção Básica, principalmente os últimos efeitos e as consequências para a equipe que o/a assistente social ocupa na ESF, assim, obter sentindo com os motivos que levaram ao estudo e embasar a discussão dessa dissertação como parte do material.

### 2.1 SERVIÇO SOCIAL E MATRICIAMENTO

A integralidade na saúde requer práticas profissionais que atuem na resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários. Desse modo, o trabalho da/o assistente social na equipe de ESF assume o desafio de atuar nas necessidades do território daquela comunidade, bem como da família e usuário atendido na atenção básica, assumindo sua condição humana na totalidade, isto é, o propósito principal do trabalho é a integralidade das ações em saúde.

O Serviço Social, sendo uma profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo da reprodução das relações sociais e tem na questão social a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014). A compreensão da questão social como objeto de intervenção profissional requer uma atuação profissional calcada numa identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

O Serviço Social na saúde é demandando, para além de intervir e mediar as expressões da questão social, a/o assistente social pode executar práticas de “*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, 2009).

Ou seja, o profissional pode ter sua atuação para além da ideia assistencialista, mas sim uma ação voltada para trabalhar no sentido de incentivar o desenvolvimento da autonomia dos usuários, participação da comunidade e do exercício da cidadania como preceito ético profissional, e viabilizar o acesso aos direitos sociais e humanos.

Vale mencionar que o trabalho da/o assistente social nesse espaço de trabalho tem o Estado como regulador sob ordem capitalista. Visto que as políticas públicas envolvem uma gama de princípios, diretrizes, instâncias que dão o fundamento para a realização do trabalho do/a assistente social, apesar das condições estarem cada vez mais subordinadas à lógica da produção do mercado, predominando no âmbito do Estado uma razão sociopolítica e se constitui num grande desafio a ser enfrentado pelos (as) assistentes sociais (ALMEIDA; ALENCAR, 2015).

Por isso, quanto ao debate que propomos refletir do papel matriciador que a/o assistente social possui na equipe de apoio à ESF, parte compreender as condições subjetivas e objetivas do exercício profissional. Principalmente devido ao processo de trabalho ser parte de um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas (GUERRA, 2007) que a/o assistente social irá dar em suas intervenções/ações. A/o profissional se apoia numa base, as quais são acionadas a partir do acervo teórico-metodológico e ético-político que dá suporte à formação e ao seu exercício profissional (CFESS, 2009).

O Serviço Social insere-se na ESF, pela própria dinâmica estabelecida pelo programa, onde o espaço/domicílio se abre às relações sociais, que acontecem nos clubes, escolas, igrejas, compondo o tecido de sociabilidade que repercute na vida das pessoas como comportamentos de tensão, felicidade, expectativa, etc. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004)

Fundamentado no projeto ético-político da profissão que se ampara na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido, alguns conceitos são primordiais para a atuação dos/as assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade (CFESS, 2010).

Dessa forma o assistente social que toma a questão social como objeto de atenção/ação, tendo como referência suas diferentes expressões em relações e conexões permanentes, estará, ao trazer as demais políticas para sua área de atuação, contribuindo e realizando a intersetorialidade; dessa forma, dando vida à concepção ampliada de saúde. (VASCONCELOS, p.2, 2010).

As visitas domiciliares, por exemplo, é uma prática de trabalho da ESF, e é também um instrumento potente sob a concepção do serviço social, onde a/o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário e/ou família, tem mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário (CFESS, 2010). Desta forma, neste instrumento, que pode ser feito em conjunto, não só pelo assistente social na ESF, tem uma gama de opções e possibilidades de ação profissional decorrentes da questão social, que reforçam a realização do olhar e/ou intervenção do trabalho do/a assistente social.

Destaca-se esse instrumento, por ser umas das principais ferramentas de todos os profissionais que compõem a ESF, mas que deve ser vista e utilizada pelo assistente social de forma crítica. Visto que, a instrumentalidade que viabiliza sua intencionalidade em dar respostas profissionais (GUERRA, 2007), e adquirir essa ferramenta de trabalho de forma oportunizar sua atuação e intervenção, bem como de qualificar com as equipes e ESF, sua atribuição por meio dessa instrumentalidade.

Quanto ao papel pedagógico e a natureza educativa que a Saúde da Família exige, é também fundamental nas atividades de promoção e prevenção de saúde, colocando a/o assistente social a realizar atividades de mobilização, participação popular, promover educação permanente nas equipes de ESF, qualificar abordagem familiar, elaboração e coordenação de planos e programas sociais.

Assim como certifica Mioto (2006), é com base nessas demandas e atribuições que a/o assistente social fortalece sua prática pelo incentivo de ter que utilizar uma instrumentalidade dirigida a uma atuação interdisciplinar, trazendo em seu arcabouço técnico-operativo, *“subsídios para interagir de modo equânime com outros campos de saberes, sem, no entanto, tentar imprimir domínio de saber nessas relações multiprofissionais”*.

Logo, podemos afirmar como o serviço social é uma profissão que pode contribuir na ESF e principalmente interdisciplinarmente nos princípios que norteiam a política de atenção básica. E de maneira que sua atuação colabora amparada pela perspectiva ao conhecimento *“epidemiológico (conhecimento dos problemas de saúde mais prevalentes da população), demográfico, social, na identificação das condições de vida e de trabalho que impactam na saúde da população”*, conforme a nota técnica n.º 5 do ano de 2016, do município do Rio de Janeiro.

Ressalta-se esse viés de atuação, para fugir da ideia comum do que faz uma/um assistente social, principalmente na porta de entrada do SUS, uma vez que, a/o assistente social como apoiador matricial na ESF, não é de livre acesso aos usuários. O acesso aos usuários deve vir regulado pelas equipes de referência e das atividades desenvolvidas. Este formato de trabalho é fundamental para que a equipe de apoio não torne uma equipe ambulatorizada, e não enfraqueça o primordial princípio da integralidade e todas as atribuições potentes que podem ser feitas por múltiplos olhares.

Mais uma vez, se destaca, o princípio da integralidade, por ser onde mora a importância de diversas categorias profissionais como apoio, assim como do/a assistente social na ESF. A/o assistente social, compreendendo a importância de uma saúde integral, visualiza que saúde é uma visão abrangente do usuário e do território, considerando os aspectos sociais, culturais e

econômicos que perpassam a saúde, e que “*há problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária*” (BRASIL, 2009, p.99).

O serviço social como matriciador na ESF promove ações junto às equipes de ESF para articular relações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social, considerando que as equipes de ESF deparam com as várias formas da expressão da questão social, com negação de direitos e de cidadania, podendo promover o controle social e educação em saúde a todos.

A lista de diversas formas de contribuição e potencialidade é vasta e poderia ser feita aqui em muitas páginas, mas de antemão, nada é possível se não há uma comunicação, compreensão e uma relação democrática e horizontal de troca de saberes e conhecimentos entre os profissionais.

A compreensão pontuada, refere-se ao entendimento ao que o/a assistente social faz, pois não é incomum perguntas do que o/a profissional faz pelos demais profissionais da ESF e atribuindo funções, que poderiam ser feitas por qualquer outro profissional, ou como o próprio requisitante. Por isso, é importante reforçar todas as possibilidades de atuação na APS e aquelas até preconizadas em documentos oficiais, mas não adianta se na cotidianidade falta entendimento do que uma profissão realiza e contribui.

Por esse motivo, o matriciamento depende “*muito de capacidade de escuta, capacidade de negociação, capacidade de tomar deliberação em conjunto, capacidade de avaliar, ou seja, de atuar de forma coletiva, articulada e integrada*” (CAMPOS, 2012, p.149). E essa afirmação não é somente para as equipes de ESF, mas também para as equipes de apoio, em compreender que a ESF tem uma equipe coordenadora de um caso, participante na discussão de um projeto terapêutico singular também e que a escuta aberta e amplo diálogo, é fundamental para todos os envolvidos.

Todavia, há uma questão nesse processo de troca de saberes que é um lugar sensível e complicado, muitas vezes, a discussão está em torno, conforme já supracitado, sobre questões culturais, econômicas e ainda fatores com camadas de classe, gênero e outros, e isso pode cair muito numa condução de um tema subjetivo. E o/a assistente social pode estar no lado das questões subjetivas das relações sociais da vida que vão contra as praticidades hegemônicas médicas. São os percalços e as dificuldades que o matriciamento exige.

Não somente a capacidade de escutar, mas a capacidade de escutar, de analisar, de falar, de agir e de deliberar de forma coparticipativa e de forma coarticulada, considerando as diferenças e essas assimetrias do ponto de vista do desejo. Nossos desejos são diferentes e singulares, existem interesses de classe, interesses de gênero, interesses de grupos de interesse. Existem diferenças culturais, políticas, ideológicas, de valores, de religiosidade. Acreditamos ser possível podermos construir nessas atividades práticas, na gestão do trabalho, na gestão do trabalho em saúde, da pedagogia, podermos construir objetivos complementares, podermos construir

contratos que contemplem essa diversidade de interesse. Nem sempre é viável, mas, em geral, é possível. (CAMPOS,2012, p.151)

Contudo, quando se trata da/o assistente social pode ter o aspecto da imagem profissional que o Serviço Social irá resolver situações que são oriundas das consequências de uma sociedade capitalista, opressora, racista, machista e muitas outras. Além do olhar que a profissão é acolhedora, sempre disponível e com isso, ocorrer um livre acesso ao profissional sem antes discutir o caso, conhecer, e, dessa forma, comprometer uma condução e manejo que poderia ser muito melhor, e interdisciplinarmente.

Entendemos que devido o serviço social se encontrar no âmbito da divisão social e técnica do trabalho, e por ser uma profissão de caráter interventivo (GUERRA, 2013), obtém em sua prática condições do seu exercício profissional que envolvem interesses de antagônicos e de classes. E é justamente, essa compreensão que a/o assistente social adquiri em sua formação que viabiliza a/o profissional a olhar e colocar pelo viés dos interesses da classe trabalhadora (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

E o trabalho da/o assistente social materializa sobre isso nas mediações entre os serviços ofertados na ESF e as demandas apresentadas pelos usuários. Dessa forma, a/o profissional acaba se apresentando como o meio para traduzir essa demanda e situação em saúde, que, muitas vezes, é complexa. A realização deste trabalho no espaço institucional com poucas estruturas e recursos, como não ter salas para atender, é permeado, muitas vezes, pela imediatividade das urgências e pelas correlações de forças estabelecidas nas conjunturas neoliberais. E colocam a/o assistente social a atuar de forma imediatistas e pragmáticas no seu fazer profissional, como resultado do sucateamento do SUS também.

Somado a isso, há as dificuldades que fazem parte do arranjo matricial, da propensão de manter o *status quo*, conservando as categorias encaixotadas e assim fragmentando as especialidades. A/o assistente social pode ficar com situações e/ou demandas consideradas e identificadas pelos outros profissionais como sua “área”, e tendo demandas identificadas às vezes equivocadamente, como de problemáticas a respeito de violência, violação aos direitos, negligências e outros, que não são somente áreas do serviço social, e sem vislumbrar que devem ser questões entendidas como parte do cuidado por todos os profissionais de saúde (SANTOS; LANZA, 2014).

Todavia, não se encara esse olhar do senso comum como uma única dificuldade posta, uma vez que é justamente por isso que o “apoio matricial surge para confrontar o modelo de atenção burocratizado e centrado na doença” (CAMPOS; CASTRO,2015, p. 470), e utilizando disso para ser um facilitador do matriciamento a desconstrução desse modelo para uma educação permanente de mudança.

À vista disso, fica evidente que não há receitas prontas de como funciona o matriciamento, ou métodos que garante a efetividade, considerando que cada lugar há escamoteado um próprio processo de trabalho, cada profissional tem sua conduta, cada território e lugar tem suas especificidades. Contudo, pode se concluir que é possível executar o matriciamento, e que o trabalho da/o assistente social como matriciador deve vir pelo direcionamento “*com base no espaço do território onde se encontram os indivíduos, suas famílias, a comunidade, os equipamentos sociais públicos e privados e uma infinidade de redes que o tornam um espaço vivo e dinâmico*” (MARTINI; DAL PRÁ, 2018, p.128).

E principalmente, a/o assistente social se utilizar em seu matriciamento, as competências e atribuições, com base na Lei de Regulamentação da Profissão, para seu direcionamento interventivo, fundamentado na sua compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua ação (CFESS, 2010).

Sendo assim, a AB é um espaço onde a/o profissional de serviço social tem atribuições potentes, com o comprometimento não só com o usuário e família, mas com a comunidade e com a equipe de saúde, na qual atua de forma pedagógica e no apoio matricial. Entender o papel do/a assistente social na equipe de apoio matricial, a partir de suas atribuições gerais somadas as diretrizes da ESF, vem nortear esse trabalho para compreender melhor como tem se dado a inserção deste profissional no cenário em questão.

## **2.2 A PRECARIZAÇÃO DO SUS E OS EFEITOS NA APS**

O Sistema Único de Saúde, conquistado por muita luta e mobilização da reforma sanitária, culminou também com o embate entre os dois modelos de política de saúde em disputa: modelo de saúde privatista e o SUS, principalmente com as tensões advindas do paradigma neoliberal (LAZARINI; SODRÉ, 2019)

A questão a respeito do direito ao SUS, do público e privado, é discutido por Dantas (2020) e elucida a brecha e/ou falha, que teve na legislação do SUS, quando na lei de sua regulamentação colocou a saúde privada como complementar, melhor dizendo, de acomodar os interesses privados no interior do SUS (DANTAS, 2020, p. 181).

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2001, p. 15).

O Estado, por sua vez, não é neutro, está a favor da classe burguesa e articulado ao capital, sendo assim, os interesses da população não são uma prioridade. A prioridade do estado

diante das expressões da questão social é apenas paliativa, aquelas imediatas e urgentes, realizando ações focalizadas e fragmentadas. Desta forma, políticas de ajustes de orientação neoliberal são implementadas, que por sua vez, visa atacar o que consideram como regulações extraeconômicas.

Por essa razão, desde quando foi garantido constitucionalmente saúde para todos de forma gratuita, já houve tensionamentos controversos a isso, como questionamento e intervenções do Banco Mundial, pois *“na década de 1990, a intervenção do Banco no setor de saúde se deu de forma sistemática e concomitante à adesão do governo federal ao projeto neoliberal, baseado nas diretrizes do Consenso de Washington”* (CAMPOS; RIZZOTO, 2016, p. 265).

A saúde, sendo uma das principais políticas do tripé da Seguridade Social, vem sofrendo progressivamente os efeitos do neoliberalismo, ameaçada pelo projeto privatista em disputa. A exemplo disso, é o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Básica em Saúde, que no município do Rio de Janeiro, todas as unidades básicas de saúde estão sob administração das Organizações Sociais (OS).

O que é mais um exemplo de parcerias público-privada, se “parceira” pode ser um bom adjetivo a esse modelo de gestão dos serviços com o setor de saúde privada, dado que, é nesses formatos de gestão que mais se toma espaço do SUS, além de, tem menor visibilidade midiática e a menor resistência pelos profissionais (CAMPOS; RIZZOTO, 2016).

E há ainda, os ataques aos ideais e princípios da Saúde da Família, que ocorrem nas formas mais sutis, como a alteração da nomenclatura do NASF, na última PNAB de 2017, que passou a ser nomeado de Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF-AB). A mudança do termo, tem um significado de ir na contramão da origem da proposta de equipe para apoio às equipes mínimas da ESF. Ou seja, o NASF passou a ser interpretado como ambulatório, rompendo com a lógica de um cuidado coordenado e integral para as famílias. Conforme já supracitado, essa PNAB traz até um rompimento com a concepção do matriciamento.

Em 2019, outra questão de nomenclatura, foi nos documentos do Ministério da Saúde, a Atenção Básica foi substituída pelo termo mais conhecido internacionalmente por Atenção Primária em saúde, assim, mudando a ideia estabelecida de diferenciação no sentido de afirmar a atenção básica como um campo compromissado com a universalidade e a integralidade, em sintonia com os princípios do SUS e em contraposição às orientações restritivas e seletivas hegemônicas ao nível global (MOSSORINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A última da Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, que foi a supracitada, em 2017, é a política que trouxe mais questões controversas. Mediante a portaria n.º 2.436, em 21 de setembro de 2017, o texto desta PNAB apresentou novidades em relação ao financiamento

da atenção básica, comprometendo a cobertura da Estratégia Saúde da Família, alterando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, como carga horária dos profissionais e demais outras problemáticas.

Ou seja, a PNAB ainda em voga, é um documento que mudou de forma tão preocupante a Atenção Básica, que ela infringe e se descompromete com vários princípios pilares da Saúde da Família, como a integralidade do cuidado.

Não obstante, desde a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou por 20 anos o orçamento de gastos públicos, em especial o financiamento do SUS, vem caminhando por desconstruções e inúmeros retrocessos, sendo o efeito de uma agenda de grande austeridade fiscal, de reformas que prejudicam duramente os direitos sociais dos brasileiros.

Destarte, o Ministério da Saúde impôs novas regras para o repasse de recursos à atenção primária, com o lançamento do programa Previne Brasil, com a portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019, determinando um novo financiamento para a Atenção Básica. Tendo três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho (MOSSORINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Antes dessa mudança, o piso da Atenção Básica era um valor fixo (chamado PAB Fixo) calculado conforme a população do município e outra variável (PAB variável), que considerava a implementação de Estratégias como Saúde da Família e Saúde Bucal. Contudo, a partir da nova regra do financiamento passou a ser calculado com base na quantidade de pacientes cadastrados nas unidades básicas de saúde. Isto é, os critérios que passam a orientar a nova política de financiamento são: a captação ponderada; o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (MOSSORINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Houve por dentro do Previne Brasil, a Nota Técnica no 322, de 27 de janeiro de 2020, que determina a ausência de financiamento específico para o NASF-AB, que impactou não somente na perda de vagas para diversos profissionais, mas pode ocasionar uma especialização da Atenção Básica em Saúde, sem a articulação interdisciplinar, ou até mesmo a extinção dessa proposta no âmbito da Atenção Básica no SUS. Ademais, os gestores não precisavam mais inserir o profissional do NASF no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) — o que, na prática, os tornava invisíveis na gestão pública.

E tem as investidas de dismantlar a Atenção Básica, para além de uma PNAB contraditória, mas tem como já citado, de sempre, uma agenda neoliberal dos governos que lideram e tem o “poder da caneta”. Como, por exemplo, a tentativa do ex-presidente da República Jair Bolsonaro e o ex-ministro da Economia Paulo Guedes, com um decreto publicado em outubro de 2020, que previa a “elaboração de estudos de alternativas de parcerias

com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

Isto é, a medida significava a privatização da parte preferencial do SUS, o que podemos interpretar, como mais uma tentativa de ataque, à universalidade do atendimento à saúde, prevista na Constituição, ou seja, foi gravíssimo. Na ocasião, o decreto gerou repúdio do conselho nacional de saúde e apoio popular, que entendeu como o início da privatização do SUS. No dia seguinte, em edição extraordinária, o Diário Oficial da União (DOU) publicou a revogação do decreto.

Por conseguinte, ainda que seja compreendido que o desmonte da saúde pública é um projeto desde a sua criação, todos os ataques mencionados ocorrem também junto dos avanços do SUS, revelando um cenário em constante disputa. Porém, não há ingenuidade em também compreender que há um lado mais desprotegido, isto é, esse histórico de contrarreformas à saúde pública vem ambientando para criar um espaço da saúde privada, em outras palavras:

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos (MOSORINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

O fortalecimento do ideário privado, vai se propagando a ponto que a garantia integral de uma assistência em saúde de responsabilidade do Estado não é alcançada, e a população compra o discurso que tudo que é privado é melhor. Ora, se há disponível um serviço de saúde de melhor qualidade é superior ao que o público oferta, fica difícil apreender que é justamente por isso que a saúde pública está desmontada, perpetuando a ideia de que a saúde pública, é para aqueles que não podem pagar.

E é aí que se concentra a perversidade e a grande barbárie da face neoliberal, quando é passado acreditar que os nossos direitos são encontrados na esfera privada, interesses esses hegemônicos apoiados pelo capitalismo. Em razão disso, *“pensar a saúde como direito é, antes de tudo, respeitar a condição de cidadania em sua plenitude, uma vez que a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir da sua inserção como cidadãos”* (SODRÉ; SANTO, 2019, p.2).

É nesse cenário que a saúde se encontra, e requer práticas profissionais que possam atuar na resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários. Conforme é a questão que concerna a temática deste estudo. Podemos compreender que o desmonte do SUS, conseqüentemente da atenção básica, afeta no trabalho direto aos profissionais, bem como aos usuários.

A realidade posta promove inflexão no cotidiano, ocasionado uma prática pouco implicada com os princípios do SUS, e é quando ocorre, as dificuldades no processo de trabalho. Por exemplo, o desmantelamento dos serviços, proporciona aos profissionais terem dificuldades nos casos mais complexos ou de difíceis manejos, ficando aquém da atuação que a ESF pode realizar, isto é, uma perda da subjetividade humana, que faz de os profissionais robotizarem.

Santos (2017, p.69) sinaliza que os profissionais “*na tentativa de transformar o cotidiano do trabalho mais gerenciável e, em paralelo, percebem-se situações de saúde dos usuários várias vezes complexas e difíceis de serem resolvidas, tornando a rotina de trabalho mais exigente na percepção dos trabalhadores*”.

E ao contraponto disso, os profissionais da equipe de apoio matricial, onde a/o assistente social se insere, que acabam sendo ambulatorizados dentro de suas especialidades e lidando com os casos sem uma devida coordenação do cuidado, diante da sobrecarga e dificuldades das equipes de saúde da família.

O NASF-AB no objetivo de trabalhar de forma conjunto com os profissionais de referência na resolução e no manejo das situações através da cooperação e multiplicação do saber; construção de vínculos e fomentar mudanças nas práticas cotidianas. Ao que acaba acontecendo é caracterizar a equipe de apoio matricial, como um serviço ambulatorial ou sendo porta de entrada de especialidades na atenção básica.

Desse modo, o trabalho da/do assistente social na equipe de ESF, assume o desafio de atuar nas necessidades do território daquela comunidade, bem como da família e usuário atendido na atenção básica, assumindo sua condição humana na totalidade. Considerando, que a política de atenção básica envolve uma gama de princípios, diretrizes, instâncias que dão o fundamento para a realização do trabalho da/do assistente social, apesar das condições estarem cada vez mais subordinadas à lógica da produção do mercado, predominando no âmbito do Estado uma razão sociopolítica e se constitui num grande desafio a ser enfrentado pelos (as) assistentes sociais (ALMEIDA; ALENCAR, 2015).

Sendo assim, a/o assistente social encara desafios diante dos desmontes e precarização da saúde pública, e entender o contexto da APS, o histórico do SUS e da Política de Atenção Básica, teve como propósito nortear este estudo, para compreender melhor o cenário do exercício profissional do serviço social.

### **CAPÍTULO III: PERCURSOS METODOLÓGICOS**

Os caminhos metodológicos até aqui foram traçados partindo da compreensão de construir esse material conciliando o trabalho diário dentro do SUS, desse modo, articular papel de pesquisar e trabalhar em saúde pública, exigiu rever quais percursos metodológicos seguir e assim, definimos uma pesquisa de caráter qualitativo da metodologia revisão integrativa da literatura.

Desta forma, a pesquisa obtém um caráter qualitativo, entendendo que essa estratégia metodológica trabalha de forma a coletar dados da realidade com levantamento de informações, de maneira que a análise e estudo projetivo identifiquem tendências e pontos críticos na realidade abordada e compreendendo a subjetividade da realidade que não pode ser restringida somente a dados matemáticos (MINAYO, 2002).

Entendemos como parte do processo que a revisão do material é produzida por meio de uma revisão crítica da produção do conhecimento sobre a realidade, isto é, estudar o que se discute do trabalho das/dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de apoio matricial na atenção primária em saúde. E por isso, a escolha pela elaboração dessa revisão integrativa da literatura, que responderemos às inquietações e perguntas norteadoras desse estudo.

#### **3.1: Revisão integrativa da literatura**

Partimos do caráter qualitativo da pesquisa, de acordo com Minayo (1994), o enfoque qualitativo:

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (1994, p.21-22)

Pode-se inferir, ainda, após a descrição de Minayo (2002), que a abordagem qualitativa de pesquisa objetiva o desvelamento de processos sociais, sendo seu objetivo proporcionar uma construção ou revisão de novas abordagens, categorias, ideias, relativas ao fenômeno estudado na pesquisa. Desse modo, no esforço é no sentido de, a partir de uma análise materialista histórico-dialética, de uma abordagem qualitativa, utilizar a estratégia da revisão integrativa.

Este estudo utiliza a estratégia metodológica revisão integrativa da literatura, cujo objetivo é reunir, e resumir o conhecimento científico, antes produzido sobre o tema investigado, ou seja, a revisão integrativa abarcar fazer uma análise da pesquisa, que possibilita obter um apanhado do estado do conhecimento do tema que esse trabalho propõe discutir, a fim de preencher lacunas de conhecimento e aprimorar estudos a respeito do tema.

Desta forma, a revisão integrativa da literatura é uma estratégia de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES, SILVEIRA, GALVAO, 2008).

O uso da revisão integrativa no contexto do presente estudo visa o levantamento literário sobre a temática a partir da identificação e análise de dados escritos em artigos científicos de periódicos nacionais. Sendo a finalidade do estudo colocar em cena as pesquisas já realizadas sobre o tema abordado, proporciona-se uma ampla busca e análise do que está sendo produzido cientificamente em torno do tema.

Nesse sentido, a revisão integrativa no contexto deste trabalho identificou, por meio da revisão da literatura, o tratamento da temática a partir da identificação e análise de dados escritos em artigos científicos de periódicos de dados *on-line* SCIELO, no idioma português. A opção por esta base de dados se deu em função de ser próxima de encontrar materiais ao encontro do tema proposto e o idioma português, devido à temática tratar do trabalho do/a assistente na atenção primária em saúde do Brasil.

O período definido para a busca da pesquisa é do ano de 2012 até o ano de 2022, a opção desse período justifica-se devido contemplar um tempo dentre dez anos, com mudanças nas políticas de saúde. A busca nessas bases de dados foi por meio das palavras-chave previamente delimitadas, sendo elas: serviço Social; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde e Apoio Matricial elencadas nos descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Como outra fonte para a pesquisa, foram utilizados os Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)<sup>6</sup>, sendo uns dos principais congressos da categoria. Para análise de conteúdo dos artigos nos Anais do congresso CBAS, que ocorre a cada quatro anos, pretende-se busca os anais dos anos 2013, 2016, 2019 e 2022 que contemplam os dez anos estabelecidos como período para esta pesquisa.

A análise dos artigos foi pesquisada pelas palavras-chave definidas a partir dos títulos, e após leitura dos títulos dos artigos, realizou leitura dos resumos para verificação se estavam conforme os critérios da pesquisa. Para essa primeira filtragem, a palavra-chave Serviço Social foi retirada devido à previsibilidade dos trabalhos, e acrescentada a palavra NASF, pois não estava no DeCS, estando previamente: estratégia Saúde da Família; Serviço Social; Atenção Primária à Saúde; NASF; atenção Básica à Saúde e Apoio Matricial.

---

<sup>6</sup> O Congresso CBAS é considerado o maior evento do Serviço Social brasileiro, sua relevância para a categoria representa desde 1979, quando ocorreu o 3º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ficou conhecido como o “Congresso da Virada” e se tornou um marco simbolizando que mudou a configuração do Serviço Social no Brasil. “O Congresso simbolizou, naquele momento, a escolha da categoria de assistentes sociais por uma direção ética, técnica e política da profissão de viés progressista, com uma agenda voltada para as demandas coletivas da classe trabalhadora e na defesa da justiça social, dos direitos humanos e de uma sociedade livre de exploração e opressão.” CFESS (2019).

Assim, o presente trabalho realiza uma revisão de produções bibliográficas sobre o tema abordado, isto é, uma busca e análises do que está sendo produzido cientificamente a respeito do tema, e com isso, foi criado um banco de dados no Programa *Excel for Windows* para o armazenamento de todos os estudos encontrados.

Desta forma, objetivou-se buscar na literatura produções sobre o exercício da/do assistentes sociais atuando no cenário da Atenção Primária. Duas perguntas nortearam a responder por meio de revisão integrativa é: quais os parâmetros e desafios da a atuação da/do assistente social na Atenção Primária em Saúde, o apoio matricial tem se tornado um trabalho imediatista?

Para a análise dos achados de pesquisa foi utilizado o método de Bardin (2011), que defini as seguintes dimensões de análise da pesquisa: a pré-análise, que corresponde à codificação da quantidade de material encontrada por meio dos descritores; a exploração do material, sendo filtrar o material pelo resumo, se corresponde ao conteúdo buscado na pesquisa, categorizando, interpretando e sistematizando e o tratamento dos resultados, os quais são o fruto da análise profunda dos materiais, entendendo que a função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico.

Após a seleção realizada, a partir dos materiais encontrados pelas palavras-chaves nas bases definidas, o primeiro momento da pesquisa correspondeu a leitura de título e resumo de todos os textos, a fim de aplicar cinco critérios de exclusão frente aos resultados que foram encontrados, sendo eles: textos incompletos; não tratarem diretamente sobre serviço social na APS, serem livros/capítulos de livro, ou resenhas de livros, não estarem no idioma português, e teses e textos duplicados.

Desta forma, o primeiro ponto é apresentar os resultados a partir da pré-análise do material coletado nas bases de dados bibliográficos selecionadas, com os seguintes resultados descritos no Quadro 1, abaixo.

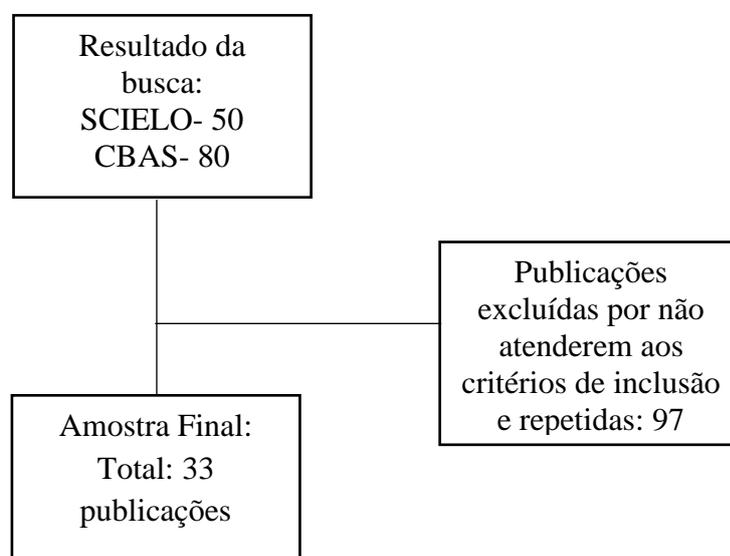
**Quadro 1. Quantidade de produções bibliográficas nas Bases de Dados selecionadas para pesquisa (2012-2022)**

<b>Base de dados</b>	<b>Descritores</b>	<b>Resultado</b>
<b>SCIELO</b>	Serviço Social AND Atenção Primária à Saúde AND Atenção Básica em Saúde	50 artigos
<b>Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)</b>	NASF AND Estratégia Saúde da Família AND Atenção Primária à Saúde AND Atenção Básica à Saúde AND Apoio Matricial	80 trabalhos
<b>TOTAL</b>		<b>130</b>

Fonte: elaborada pela autora.

A pesquisa teve como critérios de exclusão para as produções científicas previamente selecionadas: artigos incompletos, dissertações de mestrado, teses de doutorado, capítulos de livros, artigos repetidos ou estudos que não tiveram como objeto o processo de trabalho do/a assistente social na estratégia saúde da família. Para melhor explicação ilustrativamente, abaixo segue figura com fluxograma para entendimento do emprego de exclusão e exemplificar o quantitativo de material encontrado para o estudo dessa dissertação.

**Figura 2. Fluxograma do quantitativo do processo seleção dos materiais pesquisados**



Fonte da figura: Fluxograma inspirado no modelo de Garuziet al (2013).

### 3.2: Análise do material

Após empregar esses critérios de exclusão, conforme visto no fluxograma, nos anais do CBAS foram selecionadas 30 publicações das 80 encontradas, e do periódico SCIELO das 50 publicações encontradas, 3 foram selecionadas, para compor o acervo analítico deste estudo, conforme os quadros abaixo.

Este estudo ancora-se no método materialismo crítico-dialético e propõe a interface entre o projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no SUS, especialmente da Atenção Primária em Saúde.

Após a revisão de literatura e acesso ao conteúdo científico nas bases de dados e anais, a análise de conteúdo do material coletado, a presente dissertação apresenta os resultados obtidos a respeito do tema a que se propõe para realizar reflexões que possam subsidiar lacunas do conhecimento, na prática, profissional.

#### Quadro 2. Descrição das produções bibliográficas do CBAS selecionadas após a leitura prévia de títulos e resumos, organizada por autor; ano; título; Revista; e local do estudo e resumo. (2012-2022)

Trabalhos	Autores/ ano	Revista e anais de Publicação/ Local do Estudo	Título	Resumo
T1	BARROS (2013)	CBAS, Parnaíba-PIAUI	SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISITANDO E RESIGNIFICANDO O CO OS CRITÉRIOS DA VISITA DOMICILIAR	A visita domiciliar se constitui numa ferramenta histórica de trabalho. Desde os primórdios da profissão, a visita domiciliar tinha um caráter fiscalizatório, assistencialista. Presente em praticamente todos os campos de atuação do profissional social sua forma e critérios sofrem peculiaridades de acordo com seu lócus de trabalho especificamente no NASF.
T2	ARAUJO; CAVALCANTE; CARVALHO; MEDEIROS; COSTA; SOUSA; MELO; LIMA; OLIVEIRA; CABRAL (2013)	CBAS	OS ARRANJOS INTERSETORIAIS NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	O trabalho analisa a prática dos assistentes sociais através da estratégia da intersectorialidade. O Serviço Social no campo da saúde, vem oferecendo possibilidades dos profissionais novas estratégias com vista a materializar o direito a saúde.

<b>T3</b>	QUEIROZ (2013)	CBAS	AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	A mudança do modelo de atenção em saúde mental demanda a ampliação do cuidado ofertado aos usuários no território. Discutir-se-á Atenção Primária em NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) como parceiros da saúde mental nas contribuições do serviço social para a política de saúde.
<b>T4</b>	DUARTE; MIRANDA; SANTOS (2013)	CBAS- Natal/RN	UM OLHAR SOBRE O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: Possibilidade e Desafios	O presente artigo tem como objetivo trazer a importância do profissional do Serviço Social na atenção básica, a experiência relatada profissional na USFC, em Natal/RN.
<b>T5</b>	SANTIAGO; MORAES (2013)	CBAS- Silva Jardim/ RJ	O NASF NO MUNICÍPIO DE SILVA JARDIM/RJ: REFLEXÃO SERVIÇO SOCIAL	Este trabalho busca apresentar o trabalho do (NASF) no município de Silva Jardim, e o processo de trabalho junto às equipes. Abordando os desafios para a equipe.
<b>T6</b>	MENDES (2016)	CBAS- Palhoça-SC	PRAXIS INFORMACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: PROPOSTA DE ESTUDO DE CARTOGRAFIA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE PALHOÇA-SC	O estudo tem como objeto de estudo a reflexão da Práxis Informacional do Assistente Social na contemporaneidade, ao serem incorporados à prática profissional, uma proposta de estudo de Cartografia em Saúde no NASF na esfera das Políticas Públicas de Seguridade Social no Brasil, com destaque para a da Saúde coadunada as Ferramentas do Processo de Trabalho do NASF.
<b>T7</b>	BOUÇAS (2016)	CBAS	PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	Apresenta a experiência de um projeto de intervenção realizado junto ao Serviço Social na Atenção Básica no Município de Rio das Ostras/ Rio de Janeiro. O projeto consistiu em criar um instrumento facilitador e divulgador dos serviços e programas que o Serviço Social está inserido no município
<b>T8</b>	MAGALHAES; LEITE; OLIVEIRA; MAGALHES; SILVA; ANDRADE (2016)	CBAS	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA	O estudo reflete a necessidade de expandir as ações em saúde mental na atenção primária. Conclui-se que questões como depressão e comportamento suicida são carregadas de estereótipos representam

				um trabalho árduo, devido a gravidade e complexidade da patologia e os dogmas.
<b>T9</b>	SOUSA; LACERDA; TEIXEIRA; MARTINS e OLIVEIRA. (2016)	CBAS, Fortaleza- Ceará	A INTERFACE ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DAS RELAÇÕES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA	O trabalho examina a interface Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de uma análise da interdisciplinaridade.
<b>T10</b>	XAVIER; SILVA; VASCONCELOS e SILVEIRA. (2016)	CBAS, Campina Grande e João Pessoa/PB	O APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ANÁLISE DAS PARTICULARIDADES DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE CAMPINA GRANDE (PB) E DE JOÃO PESSOA (PB)	O artigo objetiva analisar as particularidades do Apoio Matricial nos NASF de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB. É um recorte de um estudo analítico.
<b>T11</b>	BACKSCHAT; ANDRADE. (2016)	CBAS. Ubiratã-PR	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBI RATÃ (PR)	Este artigo discute a atuação do assistente social nas equipes de saúde, em uma pequena cidade paranaense. Discute a importância do trabalho do assistente social por interferir diretamente nas expressões da questão social, buscando assegurar, garantir os direitos sociais dos usuários.
<b>T12</b>	TORRES (2019)	CBAS. Jundiaí-SP	A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR	Apresenta reflexões sobre o exercício profissional do serviço social no NASF-AB, buscando discorrer sobre as conquistas históricas da saúde no Brasil até a criação do SUS, refletindo sobre os desafios e possibilidades da atuação do serviço social em equipe do NASF-AB na perspectiva do trabalho interdisciplinar.
<b>T13</b>	BISCO (2019)	CBAS, São Paulo- SP.	O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE O IMPACTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO.	Diante das transformações societárias no mundo do trabalho e das políticas de proteção social, a atuação da/o assistente social é marcada por desafios que refletem o impacto da contra reforma do Estado. O objetivo é possibilitar algumas reflexões sobre o trabalho da categoria na

				área da saúde e a sua contribuição para o acesso universal e integral aos serviços de saúde.
<b>T14</b>	SANTOS, SILVA. (2019)	CBAS. Pará -PA	A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: OS DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.	Analisa a intervenção do/da assistente social na política de saúde/Atenção Básica, considerando os rebatimentos da agenda neoliberal na conjuntura brasileira pós década de 1990, no âmbito do trabalho e do Estado, que tem direcionado o SUS.
<b>T15</b>	SANTOS. (2019)	CBAS. Pernambuco/PE.	SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA TERRITORIALIZAÇÃO DE USF EM JABOATÃO DOS GUARAPARES (PE)	Relato de experiência na realização de territorialização na Atenção Básica em Unidade de Saúde da Família. Evidencia-se como a atuação pode contribuir na territorialização no SUS, pode proporcionar uma reflexão acerca da totalidade dos aspectos que dizem respeito ao processo de saúde/doença.
<b>T16</b>	CALDAS; SILVA e SOARES. (2019)	CBAS. Manaus-AM	AS NUANCES NO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, EM TEMPOS DE DESMONTE DOS DIREITOS SOCIAIS.	Reflete sobre os desdobramentos da hegemonia do Projeto Privatista na Política de Saúde brasileira sobre as demandas e processos de trabalho do/a assistente social, na Unidade Básica de Saúde.
<b>T17</b>	PONTES. (2019)	CBAS, Votuporanga/SP	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF: REFLEXÕES SOBRE O COTIDIANO PROFISSIONAL.	O trabalho sistematiza a atuação do Assistente Social no NASF. Discute os desafios para uma intervenção crítica e condizente com o conteúdo do projeto ético-político.
<b>T18</b>	SILVA e DANTAS. (2019)	CBAS, Florianópolis - Santa Catarina	O PROCESSO DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS RESIDENTES NO CONTEXTO DE DESMONTE DO NASF-AB DE FLORIANÓPOLIS.	Um relato de experiência crítico realizado a partir da inserção das assistentes sociais residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre o processo e cotidiano profissional.
<b>T19</b>	HENRIQUE; MOREIRA; PINTO; COLLET;	CBAS, Rio de Janeiro- RJ.	MÚLTIPLOS OLHARES: A BUSCA PELA INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA EQUIPE DE	As Residentes em formação” compartilham ferramentas utilizadas na busca da interprofissionalidade. Entendendo a saúde em seu conceito ampliado,

	BENEDITO e SOUZA. (2019)		RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)	destacam algumas das ferramentas, como matriciamento, interconsulta, criação de grupos.
<b>T20</b>	SILVA; RIBEIRO (2019)	CBAS, Sobral	SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE: O APOIO MATRICIAL ENQUANTO INSTRUMENTO PARA A MATERIALIZAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE	Apresentar o apoio matricial, enquanto ferramenta potente para a promoção de cuidado em saúde mental na atenção básica. A experiência ocorreu na cidade de Sobral, entre o período de 2007 e 2019.
<b>T21</b>	FONSECA; PATROCINIO. (2022)	CBAS, Rio de Janeiro-RJ	DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Tem como temática identificar os desafios e contribuições da atuação do Assistente Social na ESF. O resultado da pesquisa gerou produtivas reflexões acerca do trabalho do Serviço Social neste cenário de prática.
<b>T22</b>	ESCOBAR; PEREIRA; SOUZA; BONACHELA; RODRIGUES; ARAUJO; SOUZA e SILVA. (2022)	CBAS, Jaboatão dos Guararapes-PE	ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF-AB DE JABOATÃO DOS GUARARAPES DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS	A pandemia provocada pelo novo coronavírus trouxe repercussões em vários aspectos da vida social e nos processos de trabalho. Nesse sentido, o trabalho objetivou sistematizar atuação dos assistentes sociais vinculados ao NASF-AB de Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco) no contexto pandêmico.
<b>T23</b>	TORRES; OLIVEIRA e MATOS. (2022)	CBAS, Rio de Janeiro, RJ.	O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF-AB, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Uma análise sobre a inserção do/a assistente social na execução direta de atividades e percursos da política de saúde, especificamente na ESF. Dessa forma, é discutida a estrutura do atendimento e das equipes de atenção básica, como o profissional se insere.
<b>T24</b>	CASTRO (2022)	CBAS, São Paulo- SP	DESAFIOS IDENTIFICADOS EM TERRITÓRIO DE DESIGUALDADES SOCIAIS EM TEMPO DE PANDEMIA E AS RESPOSTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O NASF	O presente relato de experiência apresenta a atuação do Assistente Social, integrante da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pertencente à área de abrangência de uma UBS na zona leste da capital paulista e o início da pandemia Covid-19.
<b>T25</b>	PINTO E NUNES (2022)	CBAS	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA EMANCIPATORIA E	Este trabalho tem por objetivo o relato de experiência das ações de Educação em Saúde realizadas numa Unidade Básica de Saúde pelo

			DIALOGICA DO SERVIÇO SOCIAL	Serviço Social. As práticas vivenciadas pelo Serviço Social, possibilitaram a elaboração na desmistificação de ações de educação popular no campo da saúde.
<b>T26</b>	PEREIRA; ARAÚJO; MATIAS E SILVA (2022)	CBAS, PIAUI.	SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	O artigo promove uma discussão acerca do trabalho de educação em saúde realizado pela categoria de Serviço Social nos campos interventivos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, e relato de experiência sobre as ações de educação em saúde em ambientes de atenção básica de saúde, na perspectiva de evidenciar as características da atuação do Serviço Social.
<b>T27</b>	SANTOS; CALLEIA. (2022)	CBAS, Juiz de Fora- MG.	ENTRE UM FUTURO INCERTO E UM PRESENTE DESAFIADOR: O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE JUIZ DE FORA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID 19	Análise da intervenção do Serviço Social no cenário da Atenção Básica à Saúde durante a pandemia da Covid-19. Conclui-se que a lógica curativista ainda se sobressai, secundarizando também a intervenção do Serviço Social.
<b>T28</b>	SOUZA (2022)	CBAS, Canoas/RS.	O DIREITO À SAÚDE E AS CONTRARREFORMAS DO ESTADO: O processo de trabalho do assistente social na atenção primária	O contexto pandêmico de COVID-19 agravou a crise neoliberal já existente, fazendo com que as classes subalternizadas pelo grande capital fossem negligenciadas em seus direitos mínimos. Assim, a discussão traz o aguçamento das desigualdades sociais em tempos de contrarreforma do Estado.
<b>T29</b>	BRASIL (2022)	CBAS, Brasília/DF.	AMPLIANO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A CONSTRUÇÃO DE MATERIAIS INFORMATIVOS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	A APS como espaço privilegiado de oferta de cuidado em saúde faz-se necessário, ações de educação em saúde e uso de ferramentas diversificadas para a comunicação. Este relato de experiência descreve a criação e uso de materiais informativos.

<b>T30</b>	ALVES; SALVADOR e CARVALAHO. (2019)	CBAS,	O SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTEXTUALIZAÇÃO O HISTÓRICA E PROCESSO DE TRABALHO NA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL	Apresenta algumas possibilidades de atuação do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), levando em consideração a ampliação do leque de alternativas para dar sustentabilidade às propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
------------	--	-------	--	--

Fonte: elaborada pela autora

**Quadro 3. Descrição dos artigos selecionadas na SCIELO, após a leitura prévia de títulos e resumos, organizada por autor; ano; título; Revista; e local do estudo e resumo. (2012-2022)**

<b>Trabalhos</b>	<b>Autores/ ano</b>	<b>Revista e anais de Publicação/ Local do Estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Resumo</b>
<b>A1</b>	VIEIRA; MELO e SOARES. (2022)	REV. KATÁLYSIS / e CAMPINA GRANDE- PB	CRISE SANITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS TERRITÓRIOS	Este artigo focaliza a atuação de assistentes sociais na atenção primária em saúde (APS), na pandemia do Covid- 19. Discute a crise sanitária, problematizando a ofensiva ultraneoliberal e suas implicações na atenção primária em saúde.
<b>A2</b>	DAL PRÁ; GAVIÃO; ROCCA; LIMA e SANTOS. (2021)	REV. KATÁLYSIS/ SANTA CATARINA- SC	AS AÇÕES PROFISSIONAIS DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	O artigo sistematiza as ações das/os Assistentes Sociais vinculadas/os a um curso de residência multiprofissional em saúde da família cuja atuação ocorreu na Atenção Primária em Saúde (APS), durante a pandemia do novo coronavírus.
<b>A3</b>	SODRÉ (2013)	SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE /	O SERVIÇO SOCIAL ENTRE A PREVENÇÃO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: tradução, vínculo e acolhimento	Este artigo aborda o trabalho dos assistentes sociais na atenção primária em Vitória-ES. Interessa-nos refletir sobre as ações de "promoção à saúde" realizada pelos assistentes sociais.

Fonte: elaborada pela autora

Durante na primeira etapa da pré-análise dos materiais, que como defini Bardin, realiza a leitura flutuante, sendo esse momento de busca dos trabalhos e artigos e a partir disso, a analisar por impressões e identificação se o material é possível ser utilizado e assim efetuou-se à organização do material empírico.

No decorrer desse processo, as perguntas norteadoras guiaram na análise dos materiais, todavia, vale destacar alguns pontos nessa pré-análise: o principal deles ficou evidente a escassez de encontrar estudos que tratam do trabalho da/o assistente social na APS, amplamente, considerando o recorte do período para este estudo. Tratando dos dados pelos anais do principal congresso de assistente sociais, onde encontramos o maior material, ainda fica evidente com número baixo do que era esperado, trazendo hipóteses que pouco se discute sobre ou que há uma proporção de profissionais menos inseridos nesse espaço ocupacional.

Em contrapartida, no SCIELO, encontra-se um número de trabalhos de diferentes recortes com as palavras-chave previamente estabelecidas, porém, apenas três trabalhos puderam ser escolhidos por conversar com a pergunta e tema do presente estudo. E o que leva a refletir que os trabalhos publicados nos anais pouca ser desenvolvidos nesses periódicos acadêmicos, limitando a discussão dentro do campo do próprio serviço social, e não expandido.

E entendendo que esses fatos mencionados, são também dados de resultados da pesquisa, partindo que realiza reflexão do que é tratado E partindo disso, a segunda fase do estudo, partiu da codificação, que consistiu na análise detalhada dos trabalhos e artigos selecionados e na codificação dos dados com base nas vertentes temáticas, possibilitando uma descrição dos conteúdos. Posteriormente, foi realizada a categorização temática, realizando em núcleos de sentido, assim emergiram as seguintes categorias.

#### **Quadra 4: Classificação e categorização do material**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>TEMÁTICA</b>
Processo de trabalho	T2 T4 T5 T6 T9 T10 T11 T12 T19 T23 T25 T29 T26 A3 T17	Publicações que discutem o trabalho do Assistente Social na APS.
Processo de Trabalho em interface com a Residência Saúde da Família	T18 T21 T26 A2 T15 T19 T29	Publicações que tratam sobre o processo trabalho enquanto profissional em qualificação na residência multiprofissional.
Trabalho da/o assistente social no contexto da pandemia	T22 T24 T27 T28 A1 A2	Publicações que apresentam o fazer profissional durante a pandemia da Covid-19 na APS.
O trabalho da/o assistente social na APS e o impacto da contrarreforma	T13 T14 T17 T18 T28	Publicações que discorrem sobre o trabalho do Serviço Social na APS examinado os efeitos da contrarreforma nas últimas políticas e gestões.

Saúde mental: matriciamento na APS	T1 T8 T3 T7 T20 T30	Publicações que discutem o/a assistente social na APS correlacionado o trabalho com a linha de cuidado em saúde mental.
------------------------------------	---------------------	---

Fonte: elaborada pela autora

Sendo assim, com objetivo de encontrar os dados buscados para responder nossas perguntas norteadoras do estudo e melhor discutir a temática, utilizando, conforme já supracitado, o método de Bardin. Foi a partir da pré-análise e categorização do material para a pesquisa, que houve a realização da exploração a partir da leitura das publicações. No quadro acima, é observado que houve materiais que se adequaram até dentro de duas categorias de análise, podemos assim expandir e explorar os trabalhos.

Depois dessa fase, foram adotados procedimentos de classificação e categorização, de modo a separar os artigos em eixos/categorias temáticas, as categorias empíricas que emergiram da revisão integrativa, que serão apresentadas no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

Dessa metodologia de pesquisa, emergiram cinco eixos/categorias empíricas de análise, quais sejam: processo de trabalho; Processo de Trabalho em interface com a Residência Saúde da Família; Processo de Trabalho na particularidade do contexto da pandemia; O trabalho da/o assistente social na APS e o impacto da contrarreforma; e o quinto tratando sobre Saúde Mental: matriciamento na APS.

Durante a leitura dos resumos dos materiais, selecionamos as categorias de análise quando identificarmos mais de quatro produções bibliográficas discutindo um tema, e partindo disso usamos como eixo temático. Os cinco eixos/categorias empíricas de análise dialogam com a pergunta norteadora desse estudo, tendo sido resultado dessa pesquisa. Neste capítulo apresentaremos as categorias de análise e um item síntese.

### **4.1 Processo de trabalho**

Esta categoria foi definida entendendo a discussão do trabalho da/o assistente social e processo de trabalho na equipe NASF-AB dentro da ESF nas produções bibliográficas e partindo disso, quatorze trabalhos e artigos discutem de acordo com essa categoria de análise.

A interprofissionalidade foi mencionada na maioria dos trabalhos como destaque do processo de trabalho fundamentalmente na atenção primária em saúde, tanto como ponto positivo para concretizar o trabalho, e na execução da integralidade em saúde e o matriciamento, mas também como desafio a ser realizado na cotidianidade dentro das UBS.

Três produções sinalizam para a ausência do conhecimento e estudo do conceito interdisciplinaridade na formação de base das profissões e assim não possibilita no trabalho a realização disso, bem como uma atuação profissional que valorize o trabalho em equipe. Ou seja, nas graduações que formam os profissionais de saúde, sendo uma área onde todas as profissões precisam articular com demais profissões, não é discutido ou se quer inserido o debate do conceito interdisciplinar, apenas na concepção do trabalho conjunto, que pode ser entendido meramente como uma equipe multiprofissional, que nada mais é uma composição de diferentes especialidades.

Como consequência, foi apontado nos trabalhos, que isso tende a causar uma fragmentação no campo do saber e há principalmente a possibilidade de impactar no trabalho, dado que prejudica uma atuação integral em saúde sob um olhar ampliado. O A3 refletiu que essa caixa do saber quando não refletida pelos outros profissionais, bem como a/o assistente social, acaba fazendo o papel de contribuir para a hierarquização do saber e na saúde, prevalece o saber médico, o que destoa de todos os princípios da ESF.

A interdisciplinaridade é muito citada nas produções e discutida no debate do processo de trabalho na AP, em especial pela ESF, dado que, sendo uma atenção em saúde que se orienta a romper com a lógica tradicional de assistência em saúde, do modelo hospitalocêntrico e ambulatorial. Por isso, a ESF já convoca os profissionais a atuarem no base interdisciplinar, por meio da interprofissionalidade.

Todavia, ficou evidente nas produções que, além disso, não ocorrer com efetividade na realidade cotidiana, há um desentendimento da diferença do que é o trabalho interdisciplinar e interprofissional e a que se propõem na relação do trabalho. Nos parece que ainda há uma lacuna entre o discurso e prática sobre esse processo de trabalho, que se apresenta desconhecidamente, no campo das ideias e pouco executado na sua plenitude.

O T12 elucida que as equipes “atuam *como uma equipe multiprofissional, porém percebemos que muitas vezes o trabalho efetiva-se de forma fragmentada e sem intervenções conjuntas, o que possivelmente constitui-se em reflexo da formação acadêmica.* (TORRES, 2019, p. 7)”

As produções bibliográficas indicaram, também, que a prática de forma individualizada, centrada no profissional, a insuficiência na formação profissional quanto ao conceito de interdisciplinaridade, podem estar resultando num distanciamento entre os atores do processo de cuidado em saúde, atores esses fundamentais para a concretização de um potente trabalho na Estratégia Saúde da Família.

A visão analisada a respeito das produções que discutem o trabalho em equipe sob a orientação de tentativa ser interprofissional, foi a de que o NASF é uma estratégia de educação permanente em saúde, assim, sem um trabalho interdisciplinar ativo, a proposta metodológica do NASF não faz sentido, uma vez que o formato do diálogo e a troca de saberes entre as profissões é o fio condutor de todo o processo de trabalho das equipes do NASF.

E aqui, mais uma vez, fica perceptível por meio do estudo desses dados empíricos pesquisados, como pode estar se dando o método de trabalho, entendendo haver dificuldade de disponibilidade para a troca de conhecimentos, de modo a viabilizar a interdisciplinaridade. Logo, a representação, assim como, a materialidade, na prática do matriciamento, parece não acontecer.

Outro fator que foi preponderante nos trabalhos selecionados, é os apontamos da contribuição que o trabalho multiprofissional promove, como a integralidade, a potencialidade do cuidado e a melhor qualidade de serviços prestados pela unidade. Compreendendo que a interdisciplinaridade não retira as competências e atribuições privativas de cada profissão que compõe a equipe, mas são justamente esses múltiplos saberes que qualificam o cuidado integral.

O T19 refletiu que em uma UBS, estando em um território de grande vulnerabilidade social, é necessário que os profissionais trabalhem superando alguns limites impostos pela formação, de um núcleo profissional restrito, e entrem em contato com outras formações e saberes, tendo um constante diálogo multiprofissional, a partir da utilização das ferramentas do NASF. Visando um maior aprimoramento do processo de trabalho preconizado na proposta.

A produção bibliográfica supracitada, indicou um ponto interessante, sobre os profissionais se depararem com a falta de informações no que diz respeito às atribuições profissionais na própria equipe e nas possibilidades de articulação interna.

Vale ressaltar que, sendo produções no campo de estudo e trabalho da/o assistente social, estamos aqui dialogando ser, apontando que os outros profissionais da própria equipe NASF não compreende a função das demais especialidades que compõem, bem como, da/o assistente social. E isto é uma problemática, entendendo a concepção e o entendimento da profissão.

Essa produção, ainda, pontua também uma possibilidade do trabalho multiprofissional do NASF quando nas interconsultas, os profissionais conseguem construir momentos de compartilhamento de atendimento com outros profissionais, sendo apontados como momentos potentes de contato multiprofissional.

Neste procedimento de atendimento conjunto, são oportunizadas trocas de informações e experiências individuais das categorias profissionais do NASF, o que possibilita fortalecer as ferramentas necessárias para a atuação das outras profissões, bem como potencializar a metodologia do matriciamento nas equipes da ESF. A seguir, um exemplo da potencialidade da troca de saberes interdisciplinares referida no trabalhado T19.

Com o compartilhamento de saberes é possível, por exemplo, a educadora física acolher um caso de saúde mental, a assistente social se atentar à medicação em um atendimento para depois falar com a farmacêutica, a dentista fazer uma atividade na escola sobre desenvolvimento infantil, a nutricionista orientar sobre os critérios do Programa Bolsa Família, a farmacêutica falar sobre alimentação saudável no momento do cuidado farmacêutico etc. A dentista e a educadora física trabalham juntas na auriculoterapia, a psicóloga conduz a prática da yoga, a assistente social participa do grupo de nutrição, a nutricionista é também mediadora no grupo de medicação e a farmacêutica compõe o grupo para parar de fumar. (HENRIQUE; MOREIRA; PINTO; COLLET; BENEDITO; SOUZA, 2019, p.9)

Foi demonstrado nos trabalhos que as contribuições realizadas de forma multiprofissional, podem ser realizadas na interdisciplinaridade, acontecendo no processo de trabalho compartilhado, como: visitas domiciliares; atendimentos compartilhados; grupos multidisciplinares, programa saúde da escola, ações, reuniões de matriciamento conjunto, no processo de territorialização, salas de espera, rodas de conversa, interconsulta e outros.

Contudo, os trabalhos apontaram também a dificuldade em trabalhar com a equipe da ESF, de forma compreender o papel de matriciador, esse fator resulta em dificuldades para o diálogo e a integração multiprofissional. Há desafios postos para a equipe mínima entender que o trabalho da/o assistente social NASF deve ser interdisciplinar e referenciado para a resolução de uma demanda de modo não individualizado. A produção bibliográfica T9 indicou justamente essa dificuldade de integração com as eSF citada em todos os trabalhos.

A produção bibliográfica T10 resulta em uma pesquisa, que aponta de que apenas três dos doze profissionais entrevistados/as asseguraram que suas equipes conseguem realizar o Apoio Matricial. Essa adversidade foi alegada por algumas produções bibliográficas devido à precarização em que se encontra a ESF, com profissionais sobrecarregados, e sem espaços direcionados para o matriciamento com a equipe, um elevado número de demandas e baixa capacidade dialógica entre os profissionais que compõem as eSF.

Como também apresentou a oposição ao apoio matricial por parte dos gestores ou dos profissionais que atuam na assistência. Correlacionado a isso, dois trabalhos apontaram a falta de compreensão da importância da atuação de assistentes sociais ou da atuação desse profissional na APS por parte das eSFs. E ainda relatou, o olhar que a equipe possui a respeito do profissional de Serviço Social como sendo aquele que irá atuar corrigindo o que está disfuncional na sociedade.

Esse ponto encontrado nas produções bibliográficas, dialoga e é o teor da pergunta norteadora dessa pesquisa de dissertação, há que parâmetros e desafios se encontra o trabalho da/o assistente social na ESF. Parece haver resquícios na APS da ideia que a/o assistente social é o profissional da “ajuda” e que soluciona questões em torno da pauperização, sem uma dimensão e/ou compreensão dos determinantes sociais de saúde, bem como, o que faz uma/um assistente social. E essa questão atravessa muitos fatores tanto para a/o assistente social ter como desafio para sua prática, como para o andamento do fluxo de trabalho enquanto profissional matriciador e apoiador na saúde da família, de como se chega e se se lida com as demandas postas por essa percepção.

Assim dizendo, outro fator para a não efetivação de realizar o matriciamento e não ser porta de entrada é indicado em razão dos/as profissionais serem engolidos pelas demandas imediatas do cotidiano. Argumenta-se que isto ocorre justamente pelo espaço sócio-histórico reservado ao Serviço Social para atuar na resolução imediata dos problemas estruturais da sociedade capitalista, o que não se difere na atenção básica.

Elucida-se em algumas produções bibliográficas a presença do imediatismo no trabalho profissional, como algo que é histórico ao Serviço Social em buscar rapidamente recursos e saídas para a diversidade de situações que lhes são apresentadas. Essa concepção colocada em

algumas produções revela que pode ocorrer, dos próprios profissionais do Serviço Social, se reconhecerem nesse papel ou sentirem prontos atender chamados quais não vão dar conta, por justamente não ser mandatos ao profissional exclusivamente, e por não partir de demandas e/ou chamados que vão obter resolutividade.

Em razão disso, o matriciamento, pela produção T5 é um desafio justamente por ser um instrumento que organiza o trabalho na APS, e que promove aquilo que a equipe de apoio se propõe, em ser a equipe que contribuí a reorganizar a ESF. Essa produção reflete pontos interessantes quanto a isso, sendo uma produção bibliográfica discutindo sobre a prática profissional, de dez anos atrás. Pois menciona que a dificuldade não é apenas executar a ferramenta matricial, mas como ela se opera. Ou seja, as equipes de referência e as de apoio, compreende o matriciamento no formato “passar o caso”, desvinculando o objetivo de serem coordenadores do cuidado de forma compartilhada.

A ideia da equipe da ESF ser a coordenadora do cuidado e a equipe de apoio ser a equipe com diversas especialidades para dar suporte e compartilhar o cuidado é uma interpretação, ao que nos parece, escassa na prática. E destacamos, novamente, que além da incompreensibilidade do que um profissional faz, é também grave e problemático, o método de realizar promoção e prevenção de saúde, sendo um simples repasse de demandas, casos, usuários e famílias, como parte enviada a uma categoria e/ou equipe, para atender e resolver. E sobretudo, que isso nada mais é, mais uma forma de imediatismo.

E em especial é destacado na maioria das produções que apontam as dificuldades de matriciamento, os casos partilhados ao Serviço Social com cunho assistencialista, em outras palavras, são compartilhados casos como demandas que o/a profissional irá promover cestas-básica ou orientar a benefícios sociais. E o T2 salienta que é no diálogo interdisciplinar que é possível romper com essa lógica com as equipes, demonstrando a importância e a que a/o assistente social atua, a produção T1, por exemplo, exemplifica a participação conjunta nas visitas domiciliares como forma de matriciamento a eSF, não restringindo apenas a interconsulta no consultório da UBS.

A precarização do trabalho foi abordada também, dois trabalhos que abordam sobre o processo de trabalho, destacam esse indicador como principal das dificuldades postas ao cotidiano. Como a dificuldade em executar outros tipos de trabalho por conta do imediatismo das demandas, a estrutura das unidades, a falta de carro para deslocamento das unidades, o sentimento dos profissionais em serem jogados para trabalhar em qualquer lugar. Além disso, os profissionais precisam conquistar seu espaço físico e materiais adequados para realizarem seu trabalho, tais como materiais necessários à atuação cotidiana como computador e telefone.

As dificuldades são de várias ordens apresentadas, que conversam com o reconhecimento que motivou a pesquisa deste estudo, entendendo que a necessidade de saúde é complexa, é multifacetado e são todo profissionais inseridos numa realidade de saúde pública lidando com o que é posto. Isto é, adversidades como: violência no território, acesso a recursos materiais e físicos, sobrecarrega das equipes com metas e imposições de reflexo das normas políticas da AB, além da questão de fragilidade de vínculos empregatícios. Todos envolvem muitas camadas que formam e moldam o dia a dia da/o profissional, direcionam o fluxo nas UBS e refletem nas demandas e indicadores de saúde.

Todavia, as produções também destacam as contribuições positivas da categoria na ESF, contrabalanceando o processo de trabalho diante das dificuldades referidas. Quatro produções destacam o papel que a/o assistente social pode ter quanto a participação da população, isto é, fomento do controle social na comunidade. O T16 apresentou que o Serviço Social, por meio de atividades em sala de espera, tem realizado orientações acerca da situação de crescente demanda por atendimento *versus* limites na capacidade instalada, incentivando os usuários do SUS para terem voz ativa por meio dos espaços de participação, como o conselho local de saúde, ouvidoria do SUS, dentre outros órgãos.

Essa atividade pode estar fortalecendo o controle social numa perspectiva do direito social, no qual os sujeitos individuais e coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, sendo está uma atribuição da/o assistente social em democratizar a informação e realizar mobilização social. O T6 discorre sobre a práxis informacional que a/o assistente social pode adquirir em sua função pedagógica na equipe de matriciamento.

Embora, nos documentos que versam sobre a atuação do Serviço Social no NASF, as intervenções deste tipo precisam se efetivar nos territórios, nos espaços comunitários de participação popular, onde a/o assistente social poderá contribuir de forma mais ampla, fortalecendo o vínculo com a comunidade para além do espaço físico da unidade de saúde, característica anterior mais vinculada a uma atuação do modelo médico centrado.

A articulação intersetorial é posta como práxis da/o assistente social na ESF, as produções bibliográficas que discorrem sobre isso, comunicam que o perfil da/o assistente social em ter propensão ao trabalho interdisciplinar, pelo caráter interventivo da profissão e ter sua prática tecida pela relação com outros atores, favorece articulações em diferentes organizações institucionais. Isso faz parte de olhar para totalidade da realidade, e a/o assistente social está aberto a isso, qualificando os serviços prestados aos usuários também na Atenção Básica em Saúde.

Esse item nos causa questões, foi tratado nas produções analisadas o protagonismo da/o assistente social na intersectorialidade, o que é um ponto positivo, para reconhecimento da/o profissional, como também ser um promotor de uma articulação de rede. Contudo, vale refletir o quanto é deixado ou direcionado ao profissional, mas não sendo mandato exclusivo ao serviço social, e assim individualiza uma ferramenta e/ou ação de trabalho, ocasionando em atuações uniprofissionais, ao invés de interprofissionais.

Outro ponto destacado nas produções é a educação em saúde, visto em quatro produções bibliográficas. O T25 e A3 evidencia que a educação em saúde pelo profissional não pode ser apenas uma transferência de informação, mas partindo do viés de participação social da população atendida e principalmente em ser uma produção de conhecimento crítico da realidade.

Os trabalhos T29 e T26 discorrem sobre o relato de experiência da prática como protagonismo do serviço social no seu papel pedagógico e informativo na saúde da família. O T26 em especial, por tratar da formação em residência, coloca a prática em saúde interdisciplinar permeada pelo compartilhamento de informações em educação em saúde. E os três trabalhos utilizam de matérias, ações e de um referencial teórico-metodológico da profissão para a prática educativa na saúde.

O A3 destaca a questão do território, do conhecimento do local e como a/o assistente social pode responder demandas que se relacionam a dimensão local do território, o T19 sinaliza as dificuldades em atuar num território onde a violência permeia o território e impacta em demandas por todos da UBS, como uma demanda de uso de medicamentos ansiolíticos, por exemplo. E justamente por isso, é importante se apropriar da ferramenta da territorialização que foi mencionada em apenas uma produção bibliográfica, revelando que a/o assistente social tem pouco se apoderado dessa ferramenta.

Em suma, fico claro nas produções que há um comprometimento da realidade local, que os profissionais se apropriam das realidades nas quais as famílias vivem de maneira crítica, e com a compreensão da realidade do país e pelo modo de produção a qual estão inseridas, a fim de evitar o equívoco de transformar essa visão assistencialista atribuída ao Serviço Social. Porém, ficou muito inequívoco, quanto as diversas manifestações de imediatismo se dão como parâmetro e desafios ao trabalho da/o assistente social, seja na falta de entendimento do que a/o profissional faz, seja na forma como é realizado o matriciamento e seja pelas dificuldades de desmantelamento da política de AB.

#### 4.2 Processo de Trabalho em Interface com a Residência Saúde da Família

Durante a pesquisa para coleta das publicações bibliográficas, encontramos sete trabalhos que articulam sobre o tema que investigamos, mas que fazem interface com a qualificação da/o assistente social enquanto residente multiprofissional em saúde da família. As produções descrevem o processo de trabalho na equipe multiprofissional, contextualizam o lugar da/o assistente social na ESF e por meio da equipe NASF, e fazem reflexões diante o quadro político, que está incorporado o cenário de prática da qualificação profissional.

Três produções colocam o desafio de executar o trabalho de matriciamento e principalmente pontuam que a/o assistente social na equipe NASF não é porta aberta, mas o que não acontece na cotidianidade. O T18 assinala “*O matriciamento, instrumento basilar para atuação multi, inter e transdisciplinar em saúde, desde a sua implementação, sofre resistência para sua efetiva materialização, seja por parte dos gestores ou dos profissionais que atuam na assistência*” (SILVA; DANTAS, 2019, p. 5 e 6)

Os impactos da atuação com as contrarreformas também ficam evidentes, três trabalham destacam a instabilidade da equipe NASF com as últimas mudanças, bem como, a falta de estímulo ao que se é proposto da equipe matricial nas próprias políticas que apoiam a APS. Além dos impactos diretos com as gestões municipais, o T18 e T21, respectivamente de Florianópolis e Rio de Janeiro, mencionam as dificuldades com as gestões que afetaram no processo de trabalho, como em vínculos trabalhistas, no caso do Rio de Janeiro.

Outro ponto posto por essas duas publicações é a menção à exaustão das equipes da ESF, gerando a dificuldade de as equipes estarem disponíveis a troca de saberes e fazer da coordenação do cuidado dos casos, algo passado a equipe de apoio ao invés de ser compartilhado.

Mais uma vez, o termo “passar caso” é destacado dentro desse eixo de análise, o que nos remete logo colocar o quanto a origem, princípios e fluxos de trabalho que organizaram no início da ESF estão sendo esvaziados. Podendo ser pelas mudanças da PNAB ao longo do tempo, pela falta de incentivo a educação permanente, na qualificação dos profissionais, e do reflexo das micro e macro políticas que resvalam na classe trabalhadora que constituem e formam a ESF.

O preceito e prática do compartilhamento e da corresponsabilidade, buscado no processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que estão como aporte dos cadernos e documentos do NASF e ESF, ficaram perdidos e pouco feitos diante dos impasses tão mencionados e destacados nas produções.

E esse ponto corrobora para a questão norteadora desse estudo, a imediaticidade do trabalho que se investigou neste estudo, e quais são as raízes dessa questão. O T18 destaca que as demandas urgentes acarretam a inflexão dos condicionantes sociais, ocorrendo desta forma

práticas medicalocêntricas, tecnicistas e sem espaço para o matriciamento, assim enfraquecendo e despotencializando a ESF.

E outro ponto comum relevante para esta pesquisa, é ambos trabalhos supracitados, também mencionarem a visão que se possui da/o assistente social, que historicamente defini a profissão, assim como o senso comum da categoria que também a defini. Isto é, a visão da/o profissional que irá prover recursos de subsistência necessários aos usuários, que irá encontrar formas para os problemas estruturais da sociedade e outros. São fatores que contribuem a falta de compreensão do trabalho da/o assistente social na ESF, e, não compreender, viabiliza não ter importância e deslegitimar outras atuações que competem a/o profissional, mas não são vistas como atribuições dele.

É importante reforçar que nessa categoria de análise, são materiais produzidos por assistentes sociais enquanto trabalhadores em formação, sendo residentes, que estão em lugar de privilégio de serem pós-graduandos no cenário de prática, e obterem um olhar semelhante as outras produções, que suponhamos, ser de realidade de profissionais fora residência, mas que tem a mesma concepção do seu fazer profissional.

O trabalho T26 traz um exemplo de trabalho da/o assistente social de forma potencializadora, a qual é a educação em saúde, quando a/o profissional promove não apenas acesso a informações e qualifica de forma acessível às orientações que faz, mas quando se utilizada dessa ferramenta do campo da saúde para destacar sua legitimidade na ponta do SUS.

Esta publicação sinaliza, ainda, que se ponderar de práticas assim, consolida a prática de saúde interdisciplinar, assim como o A2, que pontua ações socioeducativas, de controle social e participações nas articulações de rede durante a pandemia, também fortaleceu a atuação interdisciplinar.

As publicações enquanto produções partindo do lugar de qualificação in loco, por meio da residência, destacam o diferencial do serviço social na composição multiprofissional, devido seu olhar para a realidade social, em razão de sua formação profissional e que se utilizam da prática educativa no matriciamento justamente a possuir da sua formação um viés teórico-metodológico que colabora nesse exercício profissional.

Contudo, fica evidente como as residências em saúde multiprofissionais obterem a/o assistente social é importante tanto para o serviço de saúde, como para a própria categoria em estar ocupando esses lugares e se qualificando, mas também é destacado em duas produções as problemáticas. Uma delas conversam com nosso estudo, quando permeia o processo de trabalho, já destacado das demandas imediatas, mas também tem as questões da/os profissional residentes acabar cobrindo lacunas das falhas que são resultados das contrarreformas, e assim vale refletir se acaba sendo mais um trabalho precarizado.

O A2 fala de um processo de trabalho que precisou ser repensado, devido à pandemia da covid-19, onde o cenário de prática dos pós-graduandos não era o comum, onde os protocolos e serviços se alteraram para adequar a realidade da crise sanitária. O que reverberou num ponto que esta produção salienta, que gerou a necessidade de sistematizar ações da/o assistente social e suas particularidades, que precisou ser reformulado, não descaracterizasse as atribuições privativas da profissão.

Vale destacar que uma produção sinaliza uma ferramenta fundamental tanto para os profissionais que compõem a ESF, mas para quem está na formação da residência em saúde da família, sendo a territorialização. O T15 informa que houve uma territorialização impulsionada pelo serviço social, e pelo olhar do/a profissional diante da realidade social do território que contribui para tanto no diagnóstico situacional, mas para compartilhamento de conhecimentos entre as categorias multiprofissionais envolvidas.

A produção destacou que a/o assistente social contribuiu durante esse processo *“para alguns direcionamentos relativo à forma como era vista algumas situações adoecimentos das pessoas do território, assim como algumas potencialidades poderiam contribuir de maneira a promover o desenvolvimento da comunidade por meio do exercício do controle social”* (SANTOS, 2019, p.5).

A territorialização é um umas das primeiras ferramentas que a/o residente tem contato quando se insere na ESF, e colabora tanto para o entendimento do território, ao modo de vida das pessoas, as especificidades locais, as necessidades de saúde prioritárias do local, as potencialidades e dificuldades nos diversos acessos à saúde e a outros dispositivos, tal como também a circulação dos mesmos e suas estratégias, arranjos e saberes tecidos que são, sempre singulares em cada UBS e território.

E é interessante quanto essa formação traz retorno para a própria eSF, UBS e aos usuários, fortalece o processo de trabalho, melhorar a qualidade de atendimento partindo do olhar sensível às necessidades e questões da comunidade e território. Faz sentido as produções destacarem esse instrumento, mas sentimos falta de destacar outros instrumentos que também potencializam a ESF, como o uso de ecomapas, fluxogramas, PTS, apesar de entendermos que pode estar envolvido no processo de compartilhamento de caso e matriciamento.

Desta forma, as publicações têm em comum, em tratar do trabalho do assistente social na qualificação das residências multiprofissionais em saúde da família, destacando as problemáticas das demandas imediatas, a concepção deturbada do/a profissional, mas também da propensão ao trabalho interdisciplinar, pelo caráter interventivo da profissão. E cenário de aprendizado, na prática, qualifica os serviços prestados aos usuários, a ESF e os residentes envolvidos no exercício multiprofissional.

### **4.3 Trabalho da/o assistente social no contexto da pandemia**

Seis publicações bibliográficas abordaram sobre o trabalho da/o assistente social na APS durante a pandemia da COVID-19<sup>7</sup>, que foi decretada pela OMS em 2020 e encerrada no presente ano de 2023. Majoritariamente as produções apontaram o agravamento das expressões da questão social com a pandemia, e conseqüentemente os efeitos que acentuaram as desigualdades sociais.

Destacam-se esses apontamentos, pois com isso, todas as produções que entram nesse núcleo de sentido, abordam os efeitos da pandemia para revelar a face do capitalismo que agudizou os problemas sociais e colocou a vulnerabilidade social da população em um patamar da extrema da pauperização. O que correlaciona ter sido desafios e parâmetros colocados ao assistente social durante esse período, é importante ser estudado também com a realidade antes e pós-pandemia discutida nessa dissertação.

Logo, independente do espaço que a/o assistente social atue, essa problemática saltou como intervenção, mas aqui, sendo os trabalhos a respeito do Serviço Social na APS, e especialmente na ESF, coloca outras questões à tona também. Uma delas que também foram colocadas pela maioria dos trabalhos pesquisados, foram os efeitos perversos da pandemia sob a gestão do desgoverno do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, e como isso reverberou nas políticas sociais e afetou no trabalho dos profissionais na ponta do SUS.

Três produções colocam como desafio da pandemia, os entraves causados pelo negacionismo multiplicado pelas ineficazes gestões, e apontam a omissão do estado diante da crise sanitária, ficando evidente no processo de trabalho. Por exemplo, o T28 indica, que a forma negacionista que foi conduzida a pandemia no antigo governo, promoveu (des)fortalecimento dos equipamentos de saúde, da legitimidade dos profissionais e da própria saúde pública. A produção A1 salienta que as medidas do governo adensaram a problemática social com a covid, e salienta que foram medidas não somente negacionistas, mas neoconservadoras e de caráter neofascista.

Esse fator acarreta a viabilização das políticas sociais que se concretizarem durante esse período para garantir o acesso mínimo da população aos seus direitos, foi outro apontamento mencionado na maioria das produções. Isto é, quando a política social, que referimos ser a seguridade social, deveria cobrir o momento de fragilidade econômica, social e sanitária, houve um destamenteamento maior por parte da gestão federal nas medidas, que se caracterizam como um embargo e extremamente negacionista.

---

<sup>7</sup> A pandemia de SARS-CoV-2, cuja doença é a COVID-19.

E com isso, a pandemia, “*reforçou a importância da análise do processo saúde/doença a partir da determinação social da saúde e dos avanços ocorridos em torno da saúde*” (CASTRO; SILVA; SALES, p.150, 2022).

E as produções revelam isso de forma expressiva, e em especial pensando que o cenário de trabalho que estamos analisando, são unidades básicas de saúde inseridas no território onde as pessoas vivem, e ali encontra as diversas vulnerabilidades postas. O T24 coloca indício em sua produção, colocando a questão social do território, mencionando as primeiras necessidades identificada pela equipe de apoio, como “*instalação de pias comunitárias para garantir a higienização das mãos e a garantia de alimentação às famílias*” (CASTRO, 2022, p.4).

A pandemia exaltou também outra problemática, a precarização do trabalho, três produções abordam que os serviços de saúde em sucateamento, bem como os efeitos das contrarreformas da estrutura do NASF, por exemplo, ficaram mais destacados na pandemia. Isto é, mais uma vez, na maior crise sanitária, demonstrou que os ataques do SUS tiveram suas consequências, ainda que tenha ficado evidente que a saúde pública no país sustentou, mesmo diante de tantos impasses, o manejo da pandemia.

Todavia, a produção A1 faz um apontamento pertinente, “*antes do contexto pandêmico e da crise sanitária atual, a atuação de assistentes sociais na atenção primária sofria as inflexões e determinações socio-históricas da racionalidade da contrarreforma neoliberal, constituindo-se espaço de contradições e disputas de projetos.*” (VIEIRA; SOUTO; MELO, 2022, p.133).

Destaca-se, pois, mais duas outras produções bibliográficas fazem análises similares com a conjuntura política e econômica, do sistema capitalista que entende assim as interfaces do trabalho profissional, bem como do contexto do momento. Como estamos discutindo sobre o trabalho da/o assistente social, focamos a isso, mas entendemos que os rebatimentos políticos e ofensiva neoliberal atinge a todos os trabalhadores, assim como o/a assistente social trabalhador(a) assalariado.

Contudo, tratando do serviço social, há um domínio de ser uma profissão onde seu objeto de trabalho é a questão social sob suas diferentes manifestações, seja qual espaço sócio-ocupacional o/a profissional estiver. E como é visto tantos nas produções bibliográficas, quanto para todos que de algum grau estava minimamente atento ao mundo nesse período, é sabido como a pauperização, miséria e todas as dificuldades em suas diferentes ordens de subsistência e sobrevida foram alarmantes na pandemia. Por consequência, isso alcançaria o/a assistente social, como forma de incidência ao seu processo de trabalho diante dos desafios que a pandemia impunha.

E essa observação que a pandemia exaltou a face do capitalismo, muito se apresenta, com a referência de ser um entendimento da formação da/o assistente social. Compreende a realidade e do entendimento de como se opera nossos objetos de trabalho e de onde surgem, assim dizendo, é o profissional que se utiliza dos seus fundamentos do projeto ético-político-profissional e do seu arcabouço de formação teórico-metodológico para o desvelamento crítico da realidade.

A precarização das condições do serviço também reverbera nas condições de trabalho, o T28 faz uma interpretação que “*a precarização das condições de trabalho e de oferta de serviços atravessa os determinantes sociais da saúde*” (SOUZA, 2022, p.5). Ou seja, as iniquidades de saúde também se apresentam nas condições de trabalho e das políticas que as regem, partindo ser compreendido que os determinantes sociais operam pela lógica capitalista que se expressa na contradição e desigualdade.

E as precarizações situam também nessa conjuntura pandêmica, quando a APS começava se organizar com o Previn Brasil, e novas adequações foram colocadas concomitante a crise da covid-19. Apenas duas produções bibliográficas correlacionam esse marcador também de atraso no trabalho.

E o indicador da precarização evidenciado nos trabalhos, nos levam para a pergunta norteadora desse estudo, e dentro dessa categoria de análise, encontramos algumas produções bibliográficas destacando os espaços sócio-ocupacionais do/a assistente social na APS como profissional de apoio matricial, e em particular, no contexto da pandemia, referindo os desafios e demandas.

As dificuldades mencionadas, mesmo de forma óbvia, situam a adequação ao momento que foi a pandemia, que colocou o mundo inteiro sob novas formas de viver a vida, e isso não seria diferente aos profissionais de saúde. O distanciamento físico, que faz parte não apenas por prevenção ao vírus, mas a ocorrência da ação como novas formas de trabalho, que brutalizam e tornam menos humana atuações e intervenções nesse momento, fazem disso um desafio também.

E o agravamento da questão social, era impossível de não fazer parte do desafio posto aos assistentes sociais, mesmo salientando que não é uma questão exclusiva dessa categoria, foi um desafio para todos lidar com as demandas tão urgentes, e o T27 destaca esse desafio justamente como ponto principal, na produção bibliográfica.

Dois trabalhos destacam o desafio e a e suas contradições e conflitos do teletrabalho posto aos assistentes sociais, e ressaltado o viés porta aberta que foi adquirindo, sob a brecha de um momento diferente, que deixou os profissionais estarem disponíveis a demandas como demanda livre, indo contra o que é a atuação na APS para o/a assistente social.

O T27 ressalta que esse direcionamento de demanda livre, reforçou a imagem do profissional do Serviço Social como apenas apoio e suporte as equipes da ESF diante das demandas. Ou seja, a produção bibliográfica coloca que “*Os/as assistentes sociais por vezes são demandados por serem os sujeitos que “dão um jeito” ou que ao menos se movimentam em busca da resolução da demanda*” (SANTOS; CALLEIA, 2022, p.5).

Outra vez, observamos que a concepção da/o assistente social atravessa suas atribuições e requisições no cotidiano profissional. E o que nos parece, que durante a pandemia se renovou, de forma menos constrangida, as demandas que historicamente se fizeram presentes no contexto profissional das/dos assistentes sociais, isto é, concedendo ao fazer profissional do serviço social, um caráter mecanizado a resolução de demandas “sociais”, de forma pontual e imediatista.

Somados a isso, teve ainda os desafios quanto ao acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), os profissionais exercendo atribuições que não os compete, como digitação de notificação, agendamento de testes e a função do teletrabalho e/ou remoto de forma escamoteada de desvio de outras funções. Além das dificuldades do acesso a recursos, vínculos de trabalhos mais precarizados e condições de trabalho, e o A1 traz um último ponto, sendo iminência da existência do seu espaço de atuação profissional, com as constantes mudanças políticas para a equipe NASF, por exemplo, e a perda de investimentos dessas equipes na APS. O que é destacado em todos os trabalhos como desafio nesse período foi tentar manter suas atribuições e competências privativas que de fato contribuíssem para o momento emergente.

Ademais, é apontado nas produções bibliográficas as principais demandas que chegam aos assistentes sociais nesse período, como as orientações aos benefícios sociais emergenciais, e articulações setoriais para mobilização do território. O T24 ilustra uma parceria com uma instituição público-privada no território, com doações de cestas básicas, que foi uma demanda na população brasileira durante o período mais acentuado da pandemia, revelando o papel da APS de articular e se mobilizar para gerar recursos no território e o lugar que o/a assistente social pode estar junto a equipe de ser um mobilizador social também.

E mencionando essa atribuição, para além dos destaques das demandas emergenciais, há dados nas produções estudadas que revelam que diante disso, ainda houve produção de materiais informativos, ações socioeducativas, capacitações, ações de assessoria e de matriciamento. Todavia, vale destacar que os trabalhos que destacam essas ações, estão incluídos os três trabalhos que discutem atuação do/a assistente social na APS na pandemia, inserido na residência multiprofissional em saúde da família, levando a hipótese que é na formação que há mais reflexão crítica.

Há também um reforço em também evidenciar todas as potencialidades que o/ assistente social produziu e pode fazer nesse período, revelando não apenas sua importância, mas como forma de demonstrar a prática profissional. O T27 exemplifica:

O contexto pandêmico demonstrou que o/a assistente social precisa valer-se de estratégias para evidenciar a potencialidade de seu trabalho e que o estabelecimento de limites e a reflexão constante das possibilidades de intervenção são essenciais para a manutenção e garantia da qualidade do trabalho e para alteração da percepção da imagem do Serviço Social. (SANTOS; CALLEIA, 2022, p.7)

Desta forma, foi visto que as produções bibliográficas que abordam o trabalho do/a assistente social na APS durante a pandemia, mencionam todos sobre o processo de trabalho, e estabelecem uma relação com a demanda e visão profissional do Serviço Social. Há uma análise em maioria do caráter imediatista e burocrático do/ assistente social devido às cobranças e mudanças políticas na equipe que se insere, entretanto, há também uma compreensão que há uma inflexão da prática antes da pandemia, justamente ao destamentamento e retrocessos ocorridos na ESF.

#### **4.4 O trabalho da/o assistente social na APS e o impacto da contrarreforma**

Cinco produções bibliográficas frisam sobre o trabalho da/o assistente social na equipe de apoio na atenção primária em saúde, discutindo as repercussões das contrarreformas na política de saúde ao cenário da ESF, bem como da realidade cotidiana exercida na ponta.

Três trabalham iniciam a discussão levantando a historicidade sobre os primórdios da luta pela saúde pública, contextualizando com a reforma sanitária e a conquista da seguridade social por meio da constituição de 1988, adquiriríamos um sistema único de saúde com princípios importantes que nos norteiam até o presente, na prática de assistência e cuidado em saúde.

E com uma discussão crítica, todos os trabalhos destacam que essa conquista do SUS envolve também a presença de um projeto neoliberal que minimiza os direitos sociais e com consequência disso, a saúde pública do país vem enfrentando dificuldades e barreiras para que a fortaleça. E a/o assistente social não está distante disso, não apenas por ser uma categoria compreendida como parte de profissionais de saúde, mas devido estar articulado na luta pela saúde e consonância com o início das reivindicações da seguridade social postas e efetivas na legislação brasileira.

Por isso, de forma integral, as produções bibliográficas desta categoria de análise, destacam aproximação do Projeto ético-político do Serviço Social com o da reforma sanitária, uma vez que, possui equivalências nos seus *“princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são*

*construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980*” (SANTOS; SILVA, 2019, p.9), conforme frisou o T14.

Parte dessa compreensão da categoria, permiti que as produções discutam sobre as medidas neoliberais e os efeitos, o T13 pontua que as contrarreformas na APS manifestam na própria política que a organiza, enfatizando a Política Nacional de Atenção Básica, quando revisada em 2011, veio com retrocesso representando um retrocesso em relação aos direitos historicamente conquistados para a atenção básica à Saúde no Brasil.

Em especial, referente a cobertura, relativizando e flexibilizando a extensão de cobertura universal; os novos arranjos as equipes, como o número de agentes comunitários de saúde, profissão indispensável na ESF; e com isso atacando os princípios que reorientam a AB, como da integralidade, dado que, *“existem novos padrões de ações e cuidados diferenciados de acordo com as especificidades territoriais”* (BISCO, 2019, p.6), pontua a produção T13.

Uma das questões apontada nos materiais pesquisados foram a estabilidade e fragilidade dos vínculos empregatícios, dado que, em maioria, a APS pelo país é administrada pelas Organizações Sociais pertencentes ao terceiro setor, e o T14 sinaliza que é uma administração promovida pela ótica neoliberal, isto é, *“com a falácia de reduzir os custos do Estado e ampliar a qualidade dos serviços oferecidos à população”* (SANTOS; SILVA, 2019, p 7).

A precarização, como resultado da contrarreforma do estado ao SUS, é mencionado majoritariamente nas produções em suas diferentes complexidades de precarização, sejam elas nos vínculos empregatícios conforme mencionado acima, ou como reflexo nos serviços. O T28 sinaliza essa precarização no período da pandemia da covid-19, onde o resultado de um governo ultraconservador que ofertou o mínimo de suporte ao SUS e demais políticas públicas, reverberou em demandas emergentes, processos de fragmentação e subtração de recursos, além de outras ofertas de saúde terem sido escamoteada, para que *“para os profissionais realizarem um trabalho mecanizado e alienante”* (SOUZA, 2022, p.3).

E destacando o governo conservador mencionado, todas as produções pesquisadas nesta categoria de análise, foram produções do ano de 2019 e do ano 2022, resultando em uma compreensão de um olhar a realidade política, que estava posta a vir e outras como resultado disso já posto. Todos os materiais discorrem que os interesses antagônicos de um sistema de saúde com o sistema privado de saúde em disputa, coloca o SUS sob efeitos básicos de um ajuste de redução de financiamento e recursos destinados a políticas públicas que garantam o direito do brasileiro. O T28 ressalta:

A classe trabalhadora sofre no cotidiano os impactos, como a retenção de orçamentos, a exemplo, a Emenda Constitucional nº 96, que congela os investimentos em saúde e educação por 20 anos, outro impasse são os retrocessos nas contratações dos profissionais de saúde, inclusive na atenção básica, porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (SOUZA, 2022, p.3)

E correlacionado a isso, os trabalhos refletem a respeito dos efeitos na ponta do SUS, com APS sofrendo impactos, o T18 dá o exemplo do município de Florianópolis, quanto a novas lógicas de trabalho postas pela gestão municipal, como atendimentos cronometrados por tempo, ocasionando em demandas imediatas resultando na superficialidade diante da realidade posta, salienta o T17.

E essas produções frisam que a ocorrência desses processos de trabalho, que são reflexos das políticas que organizam e direcionam a atenção básica de todo o território nacional, reverberaram em dinâmicas de trabalho voltados a produção, postas e cobradas pelas OS's e colocam as equipes numa exaustão, devido à lógica produtivista e não integral nos atendimentos das demandas em saúde. Mostrando que *“na prática, as intervenções em saúde se mantêm medicalocêntrica, tecnicistas, e sem espaços direcionados para o matriciamento com a equipe e demais especialidades do NASF — AB”* (SILVA; DANTAS, 2019, p.5), comunica o T18.

A dificuldade de executar os processos de trabalho se relacionam com todas as questões levantadas acima, como a integralidade do cuidado ficar comprometida, bem como ferramentas importantes que regem a estratégia saúde da família ficaram aquém do processo de trabalho, como o próprio matriciamento.

E diante disso, tem o enfraquecimento da equipe de apoio, duas produções destacam a materialização do desmonte do NASF acontecendo com as últimas atualizações do financiamento da equipe até o período do ano de 2022, entretanto, vale mencionar que é raso nas produções essa discussão, valendo ser onde a/o assistente social está majoritariamente inserido na APS.

Contudo, há um debate importante em algumas produções bibliográficas sobre refletir o exercício profissional diante os desmontes da contrarreforma, o T28 e T17 refletem sobre como a/o assistente social deve analisar de forma crítica essa interferência na realidade do trabalho. Como visto, os efeitos das mudanças políticas que reorientem a APS e caracterizam como sucateamento na ponta, colocam o/a profissional em um papel de fragilidade de vínculo de trabalho, mas também em seu processo de trabalho afetado.

O T28 enfatiza que justamente diante disso, a/o assistente social deve *“transportar o caráter burocrático e imediatista, tendo direção socioeducativa por meio da reflexão dialética”* (SOUZA, 2022, p6). E essa reflexão se faz muito necessário propriamente pelo assistente social ser um profissional na saúde que deve ver pela perspectiva crítica dos determinantes sociais e contribuir na integralidade em saúde, porém, vale destacar que, a/o assistente social, como trabalhador, também sofre as consequências das crises cíclicas do capital, e por isso, também está sujeito a estar envolvido nas inflexões e absortos a condições de trabalho que somente visualizam a produção.

A produção bibliográfica PONTES (2019) identificada nesse estudo pelo T17, exemplifica isso:

Diante dessa requisição da dimensão técnico-operativa do profissional, se faz necessário a associação da dimensão teórico-metodológica e ético-política da formação profissional para que o Assistente Social, imerso na realidade dinâmica e no cotidiano que muitas vezes impulsiona à alienação, não perda de vista que os limites da atuação profissional, e por vezes institucional, faz parte da contrariedade da própria dinâmica da realidade social, além de ser fruto histórico da contradição gerada pela organização de um modo de produção capitalista ao qual a sociedade se organiza (PONTES, 2019, p.3).

Há exemplo disso, estão as políticas públicas e sociais que vão assumindo características segmentadas e focalizadas por sofrerem constantemente os rebatimentos do modelo econômico vigente. É justamente nessa inquietação do cotidiano profissional e na atuação ausente de neutralidade, que o assistente social deve se questionar quanto à atuação, se esta está sendo de mera reprodução ideológica ou contra hegemônica.

Por isso, essa categoria de análise surpreende no estudo dos materiais quando esperado uma menção aos decretos, políticas e mudanças que são as mais diferentes roupagens da contrarreforma do estado ao estado democrático de direito, e que afeta aos usuários, bem como todos os profissionais de saúde inseridos no SUS. Todavia, é reflexão crítica de como isso acarreta as delicadezas dos processos de trabalho, que antagonicamente endurece a realidade cotidiana nas UBS afora.

E justamente por isso que surpreende quanto as produções pontuarem o reforço que é analisar essa dimensão da realidade colocada ao cenário do SUS, mas que sejamos profissionais que saibam discernir o que isso afeta e impacta. E tratando do Serviço Social fica mais latente o olhar mais apurado que exige dessa dimensão social e política da realidade.

A clareza da compreensão é fundamental para observar os desmonte se expressando sob diferentes formas e diante disso, o T17 reforça *“faz-se necessário perceber que no cotidiano profissional, ao atendermos o imediatismo, nem sempre conseguiremos realizar a mediação, no entanto, é preciso persistir na busca desse movimento reflexivo, pois é através dele que se torna possível a criação de estratégias para uma intervenção crítica na realidade social”* (PONTES, 2019, p.6).

#### **4.5 Saúde mental: matriciamento na APS**

Revelou-se importante discutir por meio da categoria de análise essa temática, que surgiu em quatro materiais pesquisado, que falam sobre a intervenção da/o assistente social na saúde mental a partir da equipe de apoio matricial NASF.

Ficou muito evidente nas produções bibliográficas que o matriciamento é a chave para integração, seja partindo de uma compreensão que saúde mental também cuida e coordena pela atenção primária em saúde; desmitificando senso comuns e estereótipos que a saúde mental envolve tanto para os usuários quanto aos transtornos de saúde mental e seja também para potencializar a coordenação do cuidado em rede setorial e comunitária.

Todas as quatro produções destacam a ferramenta do matriciamento como uma das principais pontes na interface da saúde mental com a atenção primária em saúde. O T20 enfatiza que o apoio matricial é fundamental, ao contemplar uma “*demanda interna ao campo da saúde na perspectiva de compreender processos de promoção, prevenção, cuidados em saúde e ainda ativar cenários políticos de participação social*” (SILVA; RIBEIRO, 2019, p.3). E matriciar relaciona intrinsecamente com educação permanente, e esta produção bibliográfica salienta que a educação permanente:

compreende o diálogo entre os agentes sociais e a realização de processos formativos desburocratizados, fundamentados pela educação popular e métodos que facilitam processos de comunicação, compartilhamento de casos, vivências coletivas e de emancipação dos agentes” (SILVA; RIBEIRO, 2019, p.3).

O apoio matricial é entendido pelas produções analisadas como forma de construção de cuidado integral em saúde. Visto que, o apoio matricial surge como dispositivo de intervenção, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, organizado pelo princípio de corresponsabilidade entre equipes de referência e serviços especializados. O T8 defini, assim, que o apoio matricial na APS, quanto a saúde mental, pode vir pelo caminho entre equipe NASF e os centros de atenção psicossocial (CAPS), por exemplo.

E a produção bibliográfica exemplifica como a educação permanente pela matricialidade da equipe NASF pode se realizar com as equipes da eSF: grupos de estudo, escuta qualificada, oficinas psicossociais, grupos operativos, construção de vínculos, participação em grupos terapêuticos, atividades de prevenção e promoção da saúde com foco nos determinantes sociais, ênfase na interação social, apoio à família e visitas domiciliares e práticas intersetoriais.

Advindo desse destaque ao apoio matricial, os materiais destacam, por meio disso, o exercício da/o assistente social enquanto parte da equipe NASF, nos casos e demandas que envolve saúde mental, e principalmente entendendo ser a/o profissional inserido na APS, sendo justamente a ordenadora do cuidado em rede.

E o T3 destaca a facilidade da/o assistente social por propriamente estar no território, isto é, a integralidade e equidade em saúde deve buscar a superação do modelo centrado na doença, passando para o modelo territorial, estimulando o desenvolvimento de práticas

sanitárias, democráticas e participativas. Por isso, a produção sinaliza como é fundamental, a parceria entre a saúde mental, o NASF e a APS para dar sustentação do cuidado no território.

E somado a isso, é destacado também como o cuidado no território se dá mediante a articulação de rede também, desta forma, a intersetorialidade foi muito marcada na maioria dos trabalhos analisados, como grande parte do processo de cuidado em saúde mental aos usuários, família, bem como da própria equipe de saúde que não coordena e tampouco cuida individualmente. Desta forma, o T3 enfatiza “*a ação intersetorial tem sido uma estratégia fundamental para a garantia do cuidado, englobando diferentes políticas públicas*” (QUEIROZ, 2013)

A necessidade de integração entre as redes é uma forma, inclusive, de revelar a importância e destaque da equipe de apoio a APS, que é fundamental dar sustentação do cuidado no território, e para isso é necessário obter no processo de trabalho a educação permanente e o apoio matricial, para fortalecer e compreender a articulação da rede ao cuidado.

O T3 aponta que a/o assistente social ocupa um lugar de destaque no processo de articulação intersetorial entre a saúde mental, o NASF e a APS, justificando ser “*devido a sua qualificação profissional e em decorrência do seu processo de formação é capaz de articular as ações no território, reconhecendo e articulando as políticas sociais necessárias, visando assegurar a garantia dos direitos sociais e fortalecendo a cidadania do usuário*” (QUEIROZ, 2013).

Inclusive, outro trabalho, o T30, aponta que a/o assistente social tem nas suas ações profissionais base pela prerrogativa da intersetorialidade, vale destacar como essa suposta habilidade da profissão, é muito destacada nas produções em todos os eixos de análise.

A intersetorialidade é imprescindível no trabalho de realizar promoção e prevenção em saúde, mas sobretudo, tratando de estratégia saúde da família, é mais importante ainda, ser um viés para todos os profissionais que ocupam esse espaço. Ou seja, o trabalho realizado ou efetivado em rede supera a fragmentação de ações, promovendo ao usuário uma prática democratizadora no âmbito da viabilização da garantia de direitos.

Portanto, outro ponto destacado que coincide com a intersetorialidade, é interdisciplinaridade, sendo integração de diversos segmentos e categorias que possam articular com rede, equipes, atenções de saúde de forma a complementar suas práticas e intervenções em saúde. E as produções ressaltam o fazer da/o assistente social nessa interdisciplinaridade sob a égide das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da profissão, cujos princípios orientam a prática desse profissional. E mais uma vez, é colocado em evidenciar a qualificação do Serviço Social para fortalecimento tanto dessas diretrizes mencionados, mas como parte importante a equipe de apoio.

O T30 reforça a importância da intervenção da/o assistente social com a saúde mental, por exemplo, quanto fazer parte dessa categoria como princípio profissional e de ação quanto NASF, em estimular a participação popular e o controle social, fortalecer os usuários e criação e/ou promoção desses espaços, faz aqui, uma ressalva a contribuição destacada.

Esta mesma produção realiza em seu estudo um quadro com objetivos e ações que a/o assistente social pode realizar quanto a intervenção e apoio em saúde mental na APS, sendo alguma delas: incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário; criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas e dentre outros (ALVES; SALVADOR; CARVALHO, 2019).

Contudo, há uma ressalva e uma discussão importante nos materiais que foi já discutida nas categorias de análise anteriores, da importância da reflexão crítica da realidade que a/o profissional atua e exerce, para que se caia num pragmatismo e mecanizada atuação profissional, e tratando principalmente de cuidado em saúde que envolve a saúde mental já cheia de embaraços e desafios. Por isso, o T30 reforça:

O Serviço Social em Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura crítica delas para dar conta das demandas institucionais, sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática dos usuários da saúde mental, de forma que se coloquem em prática suas proposições voltadas à recuperação do sujeito no âmbito individual, familiar, previdenciário, assistencial e cultural, ou seja, em todas as instâncias de sua vida social (ALVES; SALVADOR; CARVALHO, 2019, p.7).

E para tal reflexão, vale considerar a realidade cotidiana que se organiza o processo de trabalho, para isso, entender as dificuldades em executar tudo que foi mencionado como potencialidade já efetiva, mas que ainda exige barreiras. Duas produções mencionam os desafios de realizar o apoio matricial, também já visto nessa dissertação com a análise de outros materiais.

O T20 indica haver um esforço do matriciamento na APS, mas a lógica biomédica ainda impera na saúde pública, dificultando sua execução. Outros pontos levantados por essa produção, é da dificuldade pela rotatividade dos profissionais, havendo acaba sendo um problema na construção do vínculo e integralidade por parte dos profissionais.

A produção declara que a dificuldade é o *“envolvimento da equipe de referência da atenção primária em saúde, que devido ao acúmulo de demandas pouco se envolve e reconhece a importância de se estar à frente das discussões e práticas fomentadas pelos matriciadores”* (SILVA; RIBEIRO, 2019, p.8).

O que também é indicado pela produção T8 em apontar que essas problemáticas são reflexos das contrarreformas que vem ocorrendo nas políticas de atenção básica e saúde mental, gerando, nessa conjuntura de desmonte, um fluxo de trabalho que não é eficaz e prejudica a efetividade da coordenação do cuidado e a proposta da APS.

Essa produção expõe que a falta de investimento e a invisibilidade desses dos campos de saúde, totalmente correlacionados, mas são negligenciados por uma disputa antagônica de saúde, reverbera num desmantelamento desse processo de saúde. Um exemplo citado nesse mesmo material, é ineficaz de protocolos de atendimentos que chegam por procura espontânea de ideações suicidas, ou por desencontro de informações das equipes, que o/a usuário chega nas UBS e acarretam desdobramentos equivocados. E quando não há o mínimo direcionamento já pactuado e reconhecido da realização de notificações e encaminhamentos a rede.

São exemplos legítimos que acontecem na realidade cotidiana dos profissionais na atenção primária em saúde, e vale aqui, então, pontuar o papel do matriciamento novamente, conforme já supracitado, no início desse texto, para haver uma efetiva melhora e organização da estratégia saúde da família, assim como foi preconizado na criação da equipe de apoio.

Desta forma, ficou inegável que o apoio matricial é fundamental para execução da melhor forma de articular saúde mental e APS, e que as dificuldades postas do desmonte das políticas de saúde acarretam cuidado fragmentado e invisibilizado, o que torna ao assistente social que faz parte da equipe de apoio a ESF, estar no desafio de acionar por meio do matriciamento a interdisciplinaridade, intersetorialidade tão mencionadas, bem como a realização da integralidade em saúde.

A questão do território foi muito pontuada, muito provavelmente devido as UBS estarem territorialmente, ou seja, próxima às residências dos usuários e da comunidade, e pela própria equipe NASF como eSF obterem o caráter peripatético a sua área adscrita. Assim, viabiliza com a rede de atenção psicossocial entender e estar mais próximo à realidade dos usuários e estar unidos na cogestão do cuidado.

Essencialmente vale destacar, que cuidado em saúde mental além de ser em todas as atenção e rede de saúde, é um processo de cuidado que envolve incluir a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental. E que não é apenas nos CAPS, nem nos ambulatórios e hospitais, mas faz parte e deve incluir dentro da ESF, no território, na comunidade e fazer um SUS antimanicomial. E que possa ser feito dentro e fora da APS práticas terapêuticas anti-estigmatizadoras e corresponsáveis.

#### 4.6 Síntese dos resultados

Pensar o lugar da/o assistente social na equipe matriciadora trouxe com a leitura das trinta e três produções bibliográficas, incômodos promovidos enquanto estudo de uma produção de mestrado profissional, mas que traduzem o fazer profissional, de forma que reconhecemos ali os desafios e parâmetros do/ assistente social na APS identificados nos materiais analisados.

Sem seguir a ordem dos eixos temáticos, nesse item sintetizamos o que foi encontrado dialogando com a questão que move este estudo e identificando responder o que o trabalho propôs a discutir.

Ficou notório o quanto a interdisciplinaridade foi ressaltada e pontuada nos trabalhos expostos nesta pesquisa, principalmente pela interdisciplinaridade estar intrinsecamente relacionado ao fazer do matriciamento. Por isso, entendemos com essa pesquisa, que as críticas sobre as dificuldades de realizar o compartilhamento do saber nos trabalhos, é muito vista pela segmentação da formação dos trabalhadores, corroborando para a segmentação do saber, logo o empecilho do matriciamento. Uma vez que, matriciar é partilhar o saber, a visão e perspectiva do processo saúde-doença para o outro e vice-versa, e quando não há uma capacidade de trabalhar e incluir esse processo de trabalho na equipe da ESF, implica numa baixa resolutividade tanto da ESF na totalidade, mas sobretudo do fazer profissional ao cuidado em saúde.

Desse modo, pontou numerosas vezes nas produções, que cada categoria fica na sua caixa de saber, impedindo uma troca de conhecimentos e articulação, o que sucede num engessamento do processo de trabalho, sendo muito mais rico e potente quanto é realizado interdisciplinarmente. Isto é, um trabalho interprofissional com limitações de realizar, conseqüentemente, compromete a qualidade da atenção e assistência prestada.

Ainda que haja relatos e exemplos de como ocorre de forma promissora a interdisciplinaridade também, é destacado os espaços das discussões de casos, interconsultas e visitas domiciliares, mas vale ressaltar que *“a concepção ampliada de saúde, que orienta o cuidado integral, implica que em todas as atividades é preciso haver integração de saberes, inclusive no atendimento individual”* (FARIAS; RIBEIRO, ANJOS; BRITO, 2018, p. 153).

O compartilhamento de saber é tão destacado como questão discutida nas produções bibliográficas que o elemento principal, quando discutido quanto saúde mental e APS, é sobre como há a troca de matriciamento. É interessante ter sobressaído essa categoria como parte da interface do matriciamento APS e ESF, porque a equipe de apoio tem como base no suporte e manejo dos casos em saúde mental, e ser articuladora da rede psicossocial com o território e UBS. Os próprios cadernos de atenção básica que orientam e direcionam o trabalho do NASF

e ESF, enfatizam muito o matriciamento em saúde mental, para qualificar a organização do cuidado em saúde mental na AB.

O matriciamento, a educação permanente e articulação intra e setorial são destaques nesse eixo que aborda o cuidado de saúde mental por meio das equipes NASF, e coloca a função do/a assistente social como promotor dessa articulação em rede e interprofissionais.

E para além de ocupar esses espaços fundamentais, para haver tanto o processo de trabalho interdisciplinar, mas o matriciamento, foi observado em que nenhum das produções bibliográficas estudadas, mencionou ou destacou a utilização das reuniões de equipes. Tanto as reuniões da própria equipe NASF, as reuniões gerais de equipe na UBS e tampouco, as reuniões da equipe técnica, em geral, que ocorre entre NASF e equipe mínima.

Consideramos importante sinalizar isso, por justamente ser um instrumento que faz parte da rotina da ESF, está na organização do trabalho das eSF, ter horário semanal para atendimentos, visitas domiciliares, grupos e reuniões de equipe, que são aquelas da área adscrita entre médica(o), enfermeira(o), técnico de enfermagem e ACS. Esse espaço é imprescindível que o NASF ocupe, para ser o local onde promovam as discussões de caso, construções de PTS, pensar junto, manejos e ideias para ações na comunidade e território, e reforçar principalmente o lugar e papel de matriciamento.

A organização do fluxo de trabalho existe para dar materialidade e sustentação a esses instrumentos de trabalho que fazem da assistência em saúde na APS de fato resolutiva e promotora de saúde. A ausência da menção de outros instrumentos interessantes e importantes na ESF, também nos saltaram os olhos, revelando numa fragilidade no cotidiano profissional, que foge do que é competência ou uma questão atribuída ao assistente social, mas questões que não são inerentes a ele, que correspondem seu cenário de prática a sua volta.

Os instrumentos de familiograma, ecopama, genograma, não foram mencionados, o que nos leva supor que pouco fazem parte do fazer profissional da/do assistente social no NASF-AB. O genograma e familiograma, por exemplo, tem como função organizar os dados referentes à família e seus processos relacionais. Já o ecomapa, é instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade (BRASIL, 2014). Ferramentas encontradas nos cadernos de atenção básica, e esses particularmente, encontram-se no caderno 39: Núcleo de apoio à Saúde da família — volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Material com viés de qualificar a prática e instrumentalizar os profissionais na ESF.

Com isso, ficamos a refletir sobre precária ou limitada educação permanente na ESF, o que nos foge aqui de afirmar se é falta de investimento ou interesse sob diversos graus municipais, estaduais e federais com a APS, mas que a fraca qualificação das equipes, adquire

forte desqualificação na assistência. Contudo, podemos colocar hipótese da isenção das gestões em promover educação em saúde, apesar de entendermos que as equipes de apoio, a qual estamos atribuindo o espaço da/o assistente social, seja também para capacitar e habilitar a ESF para melhor preparo do trabalho.

A carência de uma organização e qualificação desses processos de trabalho que nos refletem como desafios, na prática, impõem a educação permanente ser justamente para organizar e direcionar conforme a realidade das unidades saúde, com o local que se situa a UBS, os usuários e equipes. Por exemplo, há exemplos em materiais de educação disponíveis que sugerem formas de realizar o matriciamento de forma mais eficaz, como gerenciamento de dados compartilhados entre ESF e NASF, para os casos em que é solicitado apoio e esses dados possam subsidiar além do monitoramento da coordenação do cuidado, mas refletir dados onde e o que é possível ver a necessidade de educação permanente direcionadas às equipes da ESF.

Outra possibilidade ofertada é pensar fora das reuniões de equipes, que devem estar ocupadas pela equipe de apoio, mas criar horários de reuniões de matriciamento, para haver pactuação dos casos, ou seja, ter nesses espaços firmados e conquistados, para problematizar as situações postas na UBS, discutir e pensar manejos de casos, determinar propostas de intervenção e demais outras que surgir.

Além da adversidade de se efetuar o espaço de matriciar, é também sobre como ele se dá, o que foi muito abordado nas produções bibliográficas, quanto a forma como é compreendido para as equipes da ESF o que a equipe de apoio matricial. Ou seja, foi visto que o olhar de ver os profissionais como apenas especialistas e colocar em uma caixa de saber o que cada profissão faz, promoveu um repasse dos casos e usuários, para direcionar ao NASF, de forma ambulatorial, pontual e imediata, de modo a deliberar a situação.

Nos parece que ademais, da incompreensão do que é o método de matriciar, e a ausência da formação dos profissionais em trabalhar interdisciplinarmente, é uma resistência e falta de perfil para estar nessa atenção em saúde, que exige e pede que atue de forma multidisciplinar, horizontal e partilhada com parceiros de cuidado em saúde. O que nos remete a voltar a dizer, que uma falta de educação permanente, evita que tenha de reforçar o que um/uma assistente social faz; e que o NASF é parte da ESF; o que é matriciamento; e que discutir um caso não é meramente um passe dele, se tratando de compreender a complexidade que é a APS.

Para isso, é fundamental que os profissionais que compõem a equipe de apoio saibam o que os demais colegas fazem e se apropriem dos saberes partilhados entre si, para reforçar também seu lugar de receptor e preceptor de saberes e práticas. Todavia, compreendemos que na realidade cotidiana, os impasses também parte das condições de trabalho devido os profissionais, em maioria assalariados, responderem às obrigações institucionais.

Porém, o que pontuamos aqui, é destacar que as categorias profissionais de saúde desconhecem e não tiveram em suas formações a inclusão da interdisciplinaridade, e a crítica não restringe apenas das equipes médicos (as), enfermeiros (as) e ACS, quando também estamos dizendo das categorias profissionais que fazem o NASF: fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e outros.

A forma de manter e concretizar o matriciamento parte muito também de como aqueles que são os apoiadores matriciais se enxergam e refletem para a equipe, e aqui estamos salientados sobre como os demais profissionais também visualizam a/o assistente social. E quanto a própria equipe corrobora para a imagem social da profissão e fortalece isso, perpetuando e dificultando para a/o assistente social fazer o contrário do que é visto e assim, possuir outras dimensões de dificuldade entre equipes e instituição.

Esse desconforto foi despertado quando analisado nos materiais estudados, dessa relação entre incompreensão sobre o que a/o assistente social faz e entre a alta e emergentes demandas que chegam para a/o profissional. Se estamos discutindo que a imagem vista da profissão pode gerar equívocos, estamos supondo que as requisições que chegam ao Serviço Social, são de qual ordem? Como se chegam as demandas? Partem de qual viés e teor? E que reflexão a/o assistente social consegue fazer partindo disso? São questionamentos que ficaram a partir das leituras feitas.

É evidente que há várias concepções de Serviço Social em disputa no interior da categoria, as quais se articulam com projetos profissionais e de sociedade. Da forma de conceber a profissão infere-se suas funções sociais, o seu que fazer. Neste âmbito, podemos perceber que na imagem social da profissão, bem como na sua auto-imagem, há uma clara incorporação da noção (equivocada) de Serviço Social como Técnica Social ou Tecnologia (conjunto de técnicas) destinada a solucionar problemas imediatos no sentido de administrar conflitos, adaptar indivíduos ao meio e construir a sociabilidade adequada às necessidades e interesses da ordem burguesa. (GUERRA, 2012, p.18)

Essa explicação relaciona com o encontrado nos materiais quanto a função em que era atribuída ao assistente social de resolução de “problemas sociais” atribuídos de forma exclusiva e resolutiva apenas a ele. Na atenção primária em saúde, não difere a imagem que a/o assistente social carrega e as dimensões que conformam a profissão. E essas dimensões encontram nessa realidade apresentada nas produções bibliográficas, diante do cenário que encontra as UBS, onde se situa o território, a comunidade ali, como se opera e principalmente de que formas as expressões da questão social se manifestam e chegam como demandas aos profissionais.

Deste modo, de que forma e nível de complexidade que chegam esses aspectos, são parte do objeto de intervenção da/o assistente social, mas parte da compreensão do que a saúde é integral e os determinantes sociais transpassam o entendimento de saúde, o que reforça que essas demandas não são de exclusividade da/o profissional do Serviço Social.

A atribuição privativa da/do assistente social a responder e qualificar tais demandas que chegam, é da sua dimensão técnico-operativa e aporte teórico-metodológico, que a/o torna capaz de conseguir intervir nas demandas antagônicas ou não que lhe chegam. E é justamente pela dimensão técnico-operativa que a profissão aparece, e pela qual é conhecida e reconhecida (GUERRA, 2012). Ou seja, a representação e imagem da profissão carrega essa concepção social e cultural da profissão, sendo apenas dessa dimensão técnico-operativa “*que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e outras, constitui a dimensão do novo*” (GUERRA, 2012, p.1).

A falta de compreensão da profissão atribuída ao que se chega como demanda, partindo das demandas virem do cenário de prática da APS, nos leva também conectar com a incompreensão já mencionada dos determinantes sociais como objeto de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo dos profissionais na porta de entrada do SUS.

E a míngua apreensão a respeito, pode ser devido alguns fatores colhidos na análise das produções bibliográficas, sendo a pouca educação permanente, mas principalmente aos efeitos da contrarreforma que arrebata nos serviços de saúde e nos profissionais enquanto trabalhadores. As equipes da ESF sentem-se sobrecarregadas com as demandas e situações trazidas pelos usuários, que propendem em passar o caso, ao invés de dividir e ter o apoio da equipe NASF-AB, conforme o preconizado.

Por exemplo, há mudanças na APS que justificam a isso, como nos últimos anos houve mudanças que representam e reverberam até o momento da escrita desta dissertação, movimentando e transformando o processo de trabalho da ESF como um todo. Ainda que tenhamos uma política que oriente e mantém definições perpetuadas do que é uma atenção primária em saúde e os preceitos que definem a saúde da família, mudanças de até nomenclatura de equipe ou novas formas de financiamento para conceber uma equipe, são impactos que mudam o cotidiano.

Ora, estamos há discutir os desafios da/o assistente social quanto profissional da equipe NASF-AB, enquanto a própria definição dessa equipe de apoio matricial se alterou por duas vezes, desde a sua concepção e definição. Isto é, os desafios são postos a todo tempo com o desmonte e ataque ao SUS e suas atenções em saúde.

Desde forma abafada em mudar o nome da equipe, assim mudando a concepção do que era, de apoio para ampliado, por isso a resistência em manter a todo tempo dessa escrita, como posicionamento e visão, que equipe NASF é equipe de apoio e participe da ESF. Como também a mudança mais nefasta do desfinanciamento da equipe, no ano de 2020, que só manifestou incertezas da continuidade da equipe na ESF e ocorreu em efeitos negativos disso, numa

reduzida e desqualificação do atendimento na ponta do SUS. Em outras palavras, na última gestão federal desmontaram o NASF.

Contudo, no presente ano de 2023, por meio da portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, é criado o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde — eMulti. Obtendo agora a equipe de apoio legítimo financiamento, mas novamente, com mudança de sua nomenclatura. Ainda é recente e por isso, esse estudo não se aprofundou nessa mudança, mas são promissoras e um suspiro de retomada a ganhos significativos perdidos nos últimos quatro anos.

Tal menção a tudo isso, é para destacar que os parâmetros e desafios que buscamos nesse estudo, para mais dos impasses e divergências no processo de trabalho discutidas aqui, são também essas mudanças políticas que movimentam todo o trabalho e alteram as dimensões que a/o assistente social na APS encara e vive cotidianamente.

Por essa razão, foi importante, assim como surgiu, discutir como eixo de análise do trabalho do/a assistente social pela perspectiva da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade também. A formação *in loco*, além de significar a qualificação profissional conforme tão destacamos nesse estudo, é também um reforço da formação de categorias multiprofissionais terem o destaque e relevância, como têm as residências médicas. Ainda que as residências tenham investimentos diferentes, haver programas de saúde da família multiprofissional e encontrar trabalhos de assistentes sociais que discutem isso, é primordial para compreender os parâmetros dessa prática.

Mais uma vez, temos respostas que os parâmetros e desafios na APS para a/o assistente social, é mutável, sendo por uma condição sanitária, ou principalmente pelas condições políticas que nesse sentido, geriram da pior forma, ocasionando numa conjuntura de desmonte e impotência.

Conclui-se que dentro dos desafios apresentadas para o trabalho da/o assistente social no NASF, muitas se justificam por estar relacionada aos contextos políticos que ocorrem as contrarreformas e sucateiam a saúde pública e remodelam a todo tempo. Assim como o dificultador mais citado, do desentendimento do papel da/o assistente social como também da equipe de apoio, inviabilizando efetivar na sua plenitude, o trabalho de apoio matricial.

No município do Rio de Janeiro, na atual gestão municipal, por meio de um ofício n.º SMS-OFI-2022/20999, no ano 2022, foi instituído adicionais de gratificação aos profissionais que possuíam residência em saúde da família, com vínculo trabalhista sob modalidade celetista, dos Contratos de Gestão pelas Organizações Sociais (OS), que atuam em equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Saúde Bucal (eSB), equipe Consultório na Rua (eCnaR), Serviço de

Apoio Especializado/ Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e vinculados às Unidades de Atenção Primária (UAP).

O que era anteriormente destinado aos médicos que possuíam residência em saúde da família. Vale destacar que a residência é um campo de trabalho que o/a assistente social que ocupa também para conseguir inserir no mercado de trabalho.

E foi visto, que os desafios e parâmetros ao trabalho do/a assistente social quanto residente não se alteram aos profissionais já inseridos na ESF, talvez o olhar fique mais apurado quando os profissionais ficam no lugar de ainda estudantes e consegue intervir e analisar a realidade de trabalho sob outra perspectiva, identificado o quanto a efetividade do matriciamento se colocou para os/as assistentes sociais em formação de especialistas.

A residência como formação, na prática, coloca os profissionais em formação estarem totalmente absorvidas da realidade, então se conversou com outros eixos, a imediatidades das demandas, quando é salientado a dificuldade do compartilhamento de casos, e ligando ao fator das dificuldades as mudanças macro e micropolíticas.

Considerando, que as residências multiprofissionais estiveram como parte dos profissionais também envolvidos em enfrentamento da pandemia da covid-19, e não poderia ter sido diferente, os trabalhos analisados no estudo, terem também discutido sobre.

E conforme já destacamos do desmonte da equipe de apoio na gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro, os trabalhos que discutem durante a pandemia, reforçam a precariedade e os desafios que foram viver na ponta do SUS perante a gestão federal do momento, sobretudo ao assistente social colocando as demandas avassaladoras num prato vazio diante de recursos de políticas sociais desmontadas.

A imediatidade salientada está aliada a espontaneidade que chegam as demandas na APS, e a/o assistente social que atribui para si responder às requisições de dimensões plurais, coloca sua instrumentalidade na resposta e resolutividade disso. Assim, a/o tornando a reproduzir o imediatismo, corroborando para interpretação de estar desalinhado ao seu papel matriciador e executando o pronto-atendimento ao seu cotidiano.

Com isso, a/o profissional não captura as dimensões dessas demandas e reflexão porque há esse conjunto de demandas, ditas sociais, justamente na porta de entrada do SUS, e, pouco se apropria das ferramentas que qualificam a ESF, por uma hipótese de estarem burocratizadas e/ou precarizadas no próprio processo de trabalho na APS.

No entanto, é por dentro das demandas e barreiras postas ao dia a dia, que também se encontram as possibilidades para um trabalho interdisciplinar, intersetorial e interprofissional. Ou seja, na articulação com a rede, na aptidão apontada da função que o/a assistente social exerce de mobilizar setores e comunidades, nos partilhamentos de saberes, e principalmente no

caminho de um olhar para a saúde de forma integral e múltipla, ainda que seja nadar contra a maré.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação apresentada teve como objetivo estudar o trabalho da/o assistente social na ESF, enquanto profissional da equipe de apoio e matriciamento, tendo a intenção de identificar na leitura, os parâmetros e desafios do fazer profissional quanto a imediatividade do trabalho em relação à execução do matriciamento.

Em vista disso, é relevante fazermos algumas ponderações quanto ao título escolhido, foi visto majoritariamente nos trabalhos e artigos estudados, o quanto a imediatividade foi colocada nas produções, e a definição de apagar incêndios, é um termo corriqueiro, colocado no dia a dia dos trabalhadores usualmente, que expressa e identifica aqueles profissionais que se reconhecem na prática, tendo que dar conta de toda a realidade estar na porta de entrada do SUS. Em certos momentos, passamos a refletir se, mudávamos essa expressão, mas ela emite tanto a provocação que moveu o estudo, como alude aos resultados encontrados.

O percurso metodológico escolhido possibilitou alcançar de uma forma mais ampla, pela revisão integrativa, a prática do trabalho da/o assistente social na equipe de apoio matricial nos últimos anos. Principalmente observando como o serviço social discute mais sobre seu processo de trabalho na própria categoria, partindo que o maior volume de produções bibliográficas partiu do congresso de assistente sociais, por isso foi nossa maior fonte da pesquisa.

Posto isso, os resultados e as leituras que caminham nesse estudo, a responder o que buscávamos encontrar de como ocorre e como se dá essa configuração do/a assistente social na ESF. Encaminharam para achados como a interdisciplinaridade vem sendo viabilizada para efetividade do apoio matricial, e como as percepções da profissão e os retrocessos da política de atenção básica, bem como da política de saúde, afetam o processo de trabalho e estas configurações que se moldam. Além do mais, o estudo também provoca analisar o trabalho no capitalismo no arranjo pela lógica neoliberal.

Algumas reflexões valem ser colocadas, como a conjuntura política que sempre teve em disputa entre uma saúde pública e saúde privada, colocando narrativas antagônicas, leva entender que: se diante dos retrocessos, vamos estar constantemente apagando incêndios? Como é possível desvendar a estrutura do cotidiano para problematizar a intervenção profissional? A configuração atual da equipe de apoio, qual o/a assistente social inserido, então se configura uma atuação imediatista, posto tantas mudanças da equipe NASF? Como se mantém de pé o matriciamento nas escassas formações multidisciplinar e das educações permanentes?

A problemática levantada neste estudo envolve muitas camadas e particularidades, que podem e devem ser aprofundadas e os questionamentos servem como base para ampliar e

refletir a discussão, sobretudo, pelo estudo também abarcar a categoria do trabalho. Identificar no processo de trabalho tantas questões vistas nessa dissertação, cobrem e preenchem debates e lacunas do fazer profissional, assim como, dos demais profissionais da equipe multiprofissional de apoio, para viabilizar mais intervenções e reflexões que nos qualifiquem na atuação e no direcionamento técnico-operativo profissional.

Consideramos que o diferencial desse estudo em questionar a imediatismo dentro da APS e os desafios do matriciamento são devidos a complexidade da imagem social do exercício profissional do/a assistente social.

Neste âmbito, podemos perceber que na imagem social da profissão, bem como na sua auto-imagem, há uma clara incorporação da noção (equivocada) de Serviço Social como Técnica Social ou Tecnologia (conjunto de técnicas) destinada a solucionar problemas imediatos no sentido de administrar conflitos, adaptar indivíduos ao meio e construir a sociabilidade adequada às necessidades e interesses da ordem burguesa. (GUERRA, p.18, 2012)

Ao nosso ver, a concepção da/o profissional compromete que ele atue, diferente dos demais profissionais que compõem a equipe de apoio na ESF, a efetuar suas atribuições da melhor forma, sem de fato realizar intervenções e mediações que viabilizem apoio e organização do cuidado em saúde, devido a percepções que formam dificuldades já sobressaltadas da realidade cotidiana. Compreendemos que o apoio matricial mora também no lugar de desmitificar equívocos e interpretações que comprometam tanto o trabalho, como o manejo em saúde.

Todavia, fico evidente nos resultados das produções bibliográficas pesquisadas, que a conjuntura política, afeta as condições de trabalho. No cenário da AB, existe uma série de questões que dificultam a expansão da ESF, bem como sua completude das suas ações em saúde em território nacional. Seja por até tentativas de privatizar a atenção básica, pela expansão de serviços de saúde privados inspirados no modelo da ESF, ou sendo também por dentro da própria funcionalidade da ESF no SUS.

Os resultados empíricos nos levaram a ver que a ESF requer melhorar a organizações de fluxos e gestões empenhadas em viabilizar práticas profissionais a vista a integralidade do cuidado e da interdisciplinaridade do trabalho. A universalização do modelo de atenção da ESF, assim como, a garantia de melhores aportes estruturais, programas de educação permanente e monitoramento das ações em saúde são os pontos mais urgentes de propulsão à consolidação da APS numa melhor assistência em saúde no SUS.

E o enfraquecimento e dificuldades do apoio matricial, também muito evidenciado neste estudo, enquanto organização do trabalho em saúde, vai na contramão ao cuidado integral em que se constitui como uma prática de cogestão entre equipes matriciadas de ESF e as equipes

de apoio matriciadoras, que potencializa o cuidado em saúde e atua nas principais necessidades das equipes e usuários, de maneira conjunta e interdisciplinar.

Diante disso, a intersetorialidade é outro viés do matricialmente, fundamental para fortalecimento dessa metodologia de trabalho, para não se restringir apenas a concepção de uma troca de saberes entre distintas categorias, para condução de um caso, mas também o arranjo entre em serviços distintos da rede intersetorial, para coordenação de um cuidado em saúde, de fato, integral.

As demandas e requisições imediatas provocadas como objeto de estudo e encontradas nos resultados como parte da configuração do trabalho da/o assistente social, nos levar a refletir de como se opera a instrumentalidade dos profissionais na ESF. Dado que:

Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GURERRA, 2000, p. 2)

Posto isto, a/o assistente social deve utilizar dos seus fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos estruturados pela profissão, para conseguir realizar uma análise crítica da dimensão da realidade, ou seja, uma suspensão do cotidiano, e assim possibilitar desenvolver ações e intervenções diante das situações e demandas que se apresentam em seu cotidiano (CFESS,2010).

Portanto, a dissertação, cumpre o objetivo de colocar em evidência o processo de trabalho da/o assistente social no papel de matriciador na estratégia saúde da família, revelando a complexidade da atenção básica em saúde, os obstáculos de atuar no SUS diante de constantes ataques a política de saúde, e os efeitos enquanto classe trabalhadora.

Porém, o destaque absoluto fica em olhar para essa prática de trabalho de forma crítica e propositiva, atentando como se opera a ação profissional, de como podemos refletir a dimensão técnico-operativa e uso da nossa instrumentalidade. Principalmente a uma intervenção de acordo com formação profissional, alicerçada com os princípios que nos orientam do projeto profissional do Serviço Social, assim como com os da Reforma Sanitária.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. ALENCAR, Mônica Maria Torres de. **Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira. O Social em Questão** - Ano XVIII - nº 34 – 2015

ARANTES, L; SHIMIZU, H; MERCHAN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000501499&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501499&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Jul. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, ano 2011.BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** (Série E. Legislação em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023: **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.** Publicado em: 22/05/2023 | Edição: 96-B | Seção: 1 - Extra B | Página: 11

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4,** Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** (Série E. Legislação em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes no NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, nº 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº2.843, de 21 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.** Brasília: 2010.

BRAVO, M.I.S.; POTYARA, A.P.P. **Política Social e Democracia**. Ed. Cortez, 2001.

BRAVO; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde Brasileiro no início do século XXI**. Saúde Soc. São Paulo, V 25, N 2, P 263-276, 2016.

\_\_\_\_\_, Gastão Wagner. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_, Gastão Wagner; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

\_\_\_\_\_, Gastão Wagner; CASTRO, Cristiane Pereira de. **Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde**. Revista Saúde Coletiva. 2015.

\_\_\_\_\_, Gastão Wagner. **Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.18, n.1, p.148-168, abri. 2012.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W.; GERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

CAMARGO, Marisa. **O trabalho do assistente social na atenção primária em saúde do século XX**. Ed. Edipucrs. Porto Alegre, 2016. CARVALHO, Rafael Nicolau. **O Feijão e o Sonho: prática e formação profissional do Assistente Social**. CCSA /DSS/ UEPB. Campina Grande, 2004.

CUNHA; CAMPOS. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

CASTRO, Ana Luísa Barros de; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. **A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde**. 2012

CFESS. **Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília, 2009.

DANTAS, A. **Direito universal à Saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde**, In: SILVA. L. B. e DANTAS, A. (orgs.). Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. 2020.

GARCIA, Danielle do Valle; SENNA, Mônica de Castro Maia. **Políticas Sociais e Intersetorialidade: elementos para debate**. O Social em Questão - Ano XVII - nº 32 – 2014.

GIOVANELLA, Ligia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00029818.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, MHM. **Atenção Primária em Saúde.** In: GIOVANELLA L. ET AL. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 575-626

GIOVANELLA, Ligia; PINTO, Luís Felipe. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Rio de Janeiro, 2018.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social.** Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000.

GUERRA, Y. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional.** In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2012. p. 45-74.

FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária em Saúde Histórico e perspectivas.** Arca Fiocruz. 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2014.

LEVCOVTZ, E.; PEREIRA, T. R. **Do SUDS ao SUS: descentralização e gestão nos estados da região sudeste.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. Relatório de Pesquisa.

MARTINI, Debora; DAL PRÁ, Keli Regina. **A inserção do assistente social na atenção primária à saúde.** Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from Acesso em: 30 nov de 2020.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional.** R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013.

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994

MENDES, K.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from Acesso em: 30 nov de 2020

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9.

Acesso em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n9/1678-4464-csp-36-09-e00040220.pdf>

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V 42, N 116, P- 11-24, JAN-MAR, 2018.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Artigo em: O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):92-96. Acesso em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** Expressão Popular, 1ª edição. 2011.

OLIVEIRA, Gustavo. **Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada.** Editora Hucitec, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.148p. (Coleção Temas em Saúde)

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A.. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

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

SANTOS, Eliezer Rodrigues; LANZA, Líria Maria Bettiol. **O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social.** Argumentum, Vitória (ES), v. 6, n.2, p. 233-246, jul./dez. 2014.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; FIGUEIREDO; Lúcia da Rocha Uchôa; LIMA, Laura Câmara. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 114, P. 694-706, JUL-SET 2017.

SODRE, Francis; LAZARINI, Serra Welington. **O SUS e as Políticas Sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2019.

SMS-RIO/SUBPAV/SAP/CPNASF. **NOTA TÉCNICA nº 5 DE 2016. Recomendações sobre o atendimento, instrumentos e ferramentas do ASSISTENTE SOCIAL no trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Rio de Janeiro, 2016.

Disponível em: [http://subpav.org/download/prot/NT\\_Servico\\_Social\\_Final.pdf](http://subpav.org/download/prot/NT_Servico_Social_Final.pdf)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS. OFÍCIO Nº SMS-OFI-2022/20999: **Gratificação aos profissionais que atuam nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)**. Rio de Janeiro, 07 de julho de 2022.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000**. UNIRIO, 2010

VIANA, Ana Luísa D'Ávila; POZ, Mario Roberto dal. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da família**. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1998

SILVA; BICUDO. **Trabalho e saúde [recurso eletrônico]: diálogos críticos sobre crises / organização** Tatiane Valeria Cardoso dos Santos, Letícia Batista Silva, Thiago de Oliveira Machado. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Mórula, 2022.