

ESPAÇO TEMÁTICO: CRISE SANITÁRIA, TERRITÓRIOS E POBREZA

Crise sanitária e atenção primária: a atuação de assistentes sociais nos territórios

Ana Cristina de Souza Vieira¹
<https://orcid.org/0000-0002-8844-5375>

Delaine Cavalcanti Santana de Melo¹
<https://orcid.org/0000-0002-7475-779X>

Raquel Cavalcante Soares¹
<https://orcid.org/0000-0002-1276-5540>

¹Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Serviço Social, Recife, PE, Brasil.

Crise sanitária e atenção primária: a atuação de assistentes sociais nos territórios

Resumo: 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 cuja potencialidade assistencial foi esvaziada por meio de várias medidas tomadas pelo Governo Federal, como mudanças na Política Nacional de Atenção Básica e o Previne Brasil. Foi realizada pesquisa nos Anais do IX Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, destacando trabalhos sobre APS. Foi desenvolvida análise com base no materialismo-histórico-dialético, considerando a historicidade, mediações e contradições. Foram identificados desafios à atuação profissional, como o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), o teletrabalho, a precarização da política de saúde. Entre as estratégias de ação utilizadas destacam-se: ações educativas, articulação com a rede socioassistencial, entre outras. Considera-se que a negação de direitos como método governamental distancia o horizonte emancipatório do projeto ético-político da profissão.

Palavras-chave: SUS; atenção primária em saúde; assistentes sociais na saúde; crise sanitária.

Health crisis and primary care: the role of social workers in the territories

Abstract: The article focuses on the role of social workers in primary health care (PHC) during the covid-19 pandemic. It discusses the health crisis, questioning the ultra-neoliberal offensive and its implications for primary health care, which its care potential has been emptied, through various measures taken by the Federal Government, such as changes in the National Primary Care Policy and Previne Brasil. Research was carried out in the Annals of the IX National Congress of Social Service in Health, highlighting works on PHC. An analysis was developed based on dialectical-historical-materialism, considering historicity, mediations and contradictions. Challenges to professional performance were identified, such as the use of Information and Communication Technologies (ICT), teleworking, and the precariousness of health policy. Among the action strategies used, the following stand out: educational actions, articulation with the social assistance network, among others. It is considered that the denial of rights as a governmental method distances the emancipatory horizon from the ethical-political project of the profession.

Keywords: SUS; primary health care; social workers in health; health crisis.

Recebido em 01.07.2022. Aprovado em 07.10.2022. Revisado em 05.12.2022.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution Non-Commercial, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A atuação de assistentes sociais na área de atenção primária à saúde é o foco deste estudo, que procura entender as mediações que remetem às mudanças nessa área de atenção à saúde. Mudanças na política de saúde incidem sobre as ações nos territórios, fragilizando ainda mais a classe trabalhadora, atingida por contrarreformas que restringem direitos e garantias ao trabalho e à vida.

O artigo objetiva discutir as tendências da política de atenção primária no enfrentamento à Covid-19 no Brasil e suas inflexões na atuação profissional de assistentes sociais no que se refere aos desafios e principais estratégias de intervenção, em meio ao processo de retrocessos na atenção primária em saúde, com mudanças na Política de Atenção Básica (PNAB) e a proposta do Previne Brasil, sob o Governo de Jair Bolsonaro.

O enfrentamento da Covid-19 com medidas que priorizaram a atenção hospitalar, necessária para atendimento dos casos agravados de Covid-19, reduzindo o potencial de enfrentamento da pandemia através da atenção primária em saúde, da Estratégia de Saúde da Família, da contribuição dos agentes comunitários de saúde. Mostra, com essa opção, o favorecimento da lucratividade do capital, deslegitimando estratégias apoiadas em tecnologias dialógicas e de bases territoriais.

Foram analisados trabalhos publicados nos Anais do IX Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS), realizado em 2020. Este artigo fundamenta-se no materialismo histórico-dialético, destacando a historicidade, as contradições e as mediações que permeiam a discussão. O texto está estruturado em quatro pontos: introdução, seguida da discussão sobre a crise sanitária, determinação social da saúde e desigualdade nos territórios. O terceiro ponto discute a atenção primária em saúde em meio à ofensiva neoliberal, destacando mudanças que afetam as ações de saúde de base territorial. Discutem-se na sequência, as inflexões dessa ofensiva para a atuação de assistentes sociais na atenção primária, apontando desafios e estratégias.

Crise sanitária, determinação social e desigualdade nos territórios

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem sofrendo, desde 2016, fortes investidas contra sua existência. O capitalismo em crise vê nos serviços de saúde um espaço para mercantilização de serviços e encontra suporte para suas intenções num Estado que defende e aprofunda propostas ultraneoliberais — ajuste fiscal, corte de gastos sociais, redução de direitos trabalhistas, em meio ao avanço do desemprego, da inflação. Como afirmam Santos e Guimarães (2020)

O projeto do SUS é a afirmação mais alta da soberania popular que se expressou na Constituição de 1988, entretanto, é preciso reconhecer que seu longo e difícil processo de institucionalização deu-se em um cenário de soberania popular limitada pela transição conservadora e pela ascensão do neoliberalismo nos anos 1990. (SANTOS; GUIMARÃES, 2020, p. 74).

Apesar de no pós-golpe de 2016 as tentativas de alterar o SUS universal com integralidade e participação social terem se intensificado, desde sua criação vem sendo alvo de um processo de contrarreformas, de subfinanciamento, desvirtuando uma racionalidade construída com o movimento de reforma sanitária, desde os anos 1970.

a crise capitalista e a queda no padrão de crescimento econômico, associadas à ascensão de uma onda conservadora (DEMIER, 2016) e à articulação da operação Lava Jato, abriram espaço para a configuração de necessidades de uma brutal apropriação do fundo público e para a exponencial expropriação de direitos (SOARES, 2020, p. 282).

No governo de Michel Temer (2016-2019), a Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, limitou o teto de gastos com políticas sociais por 20 anos, representando a asfixia do SUS, que se defronta com as perspectivas de crescimento e de envelhecimento da população. O setor privado de saúde vem buscando articulações que favoreçam o acesso ao fundo público na área de saúde, estimulando parcerias público-privadas, através das quais passa a gerenciar unidades de saúde, especialmente aquelas altamente qualificadas, mas também investe na execução de serviços de saúde contratados por municípios e Estados. Estudos localizados

mostram que em diversos espaços territoriais, o setor privado está à frente de unidades de saúde, invertendo a lógica do SUS, que coloca o setor privado como complementar ao público.

Organismos internacionais subsidiam a ideia de que a universalização de serviços de saúde de responsabilidade do Estado é inadequada e inviável, indicando a limitação dos serviços públicos aos segmentos mais pobres e que não conseguem acessar serviços privados, pagos, inclusive com restrição de acesso apenas a alguns serviços emergenciais. É o caso da cobertura universal de saúde, eufemismo para designar uma restrição de acesso a estes serviços, que se limita à vacinação, atendimento emergencial e voltado aos que não têm rendimentos. Os organismos internacionais, como o Banco Mundial, propõem a criação de planos de saúde acessíveis que sejam vendidos à maioria da população, favorecendo interesses da saúde suplementar. Propostas como essa foram encampadas pelo governo Temer através do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirmava a inviabilidade do SUS, pois o Estado não teria como arcar com os custos do Sistema. Já no governo Jair Bolsonaro (2019–2023), este ex-ministro da saúde levou ao Congresso Nacional representantes do Banco Mundial para discutir a questão dos planos acessíveis de saúde na tentativa de mobilizar os congressistas a aprovar a matéria, o que ainda não foi alcançado.

A população em situação de pobreza e miséria vem crescendo nos últimos anos, com a adoção da contrarreforma trabalhista, que reduziu garantias e direitos, com a pretensão de que, assim, ampliaria o emprego. O que cresceu na verdade foi o desemprego e os vínculos de trabalho desprotegidos. Menos trabalhadores obtêm acesso a serviços de saúde através de planos de saúde vinculados a empresas, buscando o SUS em suas necessidades de saúde. Entretanto, o SUS encontra-se com grandes limitações de profissionais e serviços, reduzindo as chances de acesso aos serviços.

Ao se considerar a determinação social da saúde é preciso entender que, se saúde não é apenas ausência de doença, se saúde é resultado de trabalho, habitação digna, alimentação adequada, lazer, em períodos em que cresce a pobreza, crescem as necessidades de saúde. A determinação social da saúde vai além da concepção de determinantes sociais veiculada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme apontam Rocha e David (2015, p. 133): “Verifica-se que os atuais estudos sobre determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade na população”, enfatizando que a perspectiva positivista é dominante na epidemiologia tradicional. A determinação social da saúde enfatiza uma discussão crítica, numa “perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social” (ROCHA; DAVID, 2015, p. 134). A desigualdade gerada pelo modo de produção capitalista traz também a possibilidade de adoecimento, de vida ou de morte para a classe trabalhadora, se traduzindo em profundas desigualdades nos territórios.

Sem trabalho, com inflação e aumento de preços de alimentos, vivendo em condições precárias de habitação, sem ter a certeza de que conseguirá garantir a reprodução de sua família, a tendência é de maior probabilidade de adoecimento, especialmente se a imunidade está fragilizada. A pandemia de Covid-19 mostrou com clareza que as pessoas que não tinham como manter isolamento social, não tinham acesso à água corrente, necessária à higienização, sem máscaras para utilizar e se protegerem, se fragilizaram e foram infectadas pelo vírus SARS-CoV-2, muitas vezes sendo levadas à morte. Sem orientação consistente por parte do Governo Federal, contrário às medidas de distanciamento social e uso de máscaras, interessado na manutenção da economia em detrimento da saúde das pessoas.

A Covid-19 é geradora de uma crise sanitária a qual expõe as condições de vida e trabalho de largos segmentos da população brasileira fragilizada por condições precárias de trabalho, moradia, sobrevivência, especialmente as que vivem em territórios distantes dos centros urbanos onde estão situados majoritariamente os equipamentos sociais, ou em áreas de morros ou alagados, ou nas margens de rios, muitas vezes invadidas por quem não tem moradia, áreas ocupadas de forma intempestiva, sem considerar as condições de habitabilidade.

Se no governo Temer o Estado se mostra capturado pelos interesses do grande capital portador de juros e dos grandes grupos corporativos nacionais e internacionais, no governo de Jair Bolsonaro “se adensa a racionalidade instrumental burguesa sob a perspectiva ultraneoliberal do Estado, aliada ao irracionalismo negacionista, neoconservador e de cunho neofascista” (SOARES, 2020, p. 290-1).

O (não) lugar da Política de Atenção Primária e a ofensiva ultraneoliberal no Brasil em meio à pandemia

O contexto pandêmico da Covid-19 exige análise prolongada sobre as marcas profundas nas condições objetivas e subjetivas impressas na classe trabalhadora. Permite, porém, problematizações sobre elementos diversos dessa realidade, principalmente no que se refere à explicitação da desigualdade capitalista sistêmica e das determinações sociais da saúde, além da imprescindibilidade de defesa da saúde como bem e direito universal.

Entende-se que a assistência à saúde a ser provida no nível primário da atenção na pandemia, dada sua vinculação territorial, cuidado de proximidade e resolutividade no trato de epidemias, revestia-se de maior importância no cenário de adoecimento desconhecido e coletivo, agravado por aumento exponencial do desemprego, desproteção social, insegurança alimentar e violências. No entanto, em sentido oposto, assistiu-se ao esvaziamento da APS, sua potencialidade assistencial, de seus princípios e atributos no enfrentamento da crise sanitária, quase que lhe impondo um não lugar, quando, em nosso entendimento deveria ter assumido ação protagônica.

No Brasil, com a conquista do SUS, tornou-se imperativa a reformulação do modelo biomédico de atenção à saúde, pauta do Projeto de Reforma Sanitária, intencionando a substituição das práticas restritas e focalizadas de atenção básica à população. O marco de uma nova proposta nacional de APS começou a ser gestado no início do processo de descentralização das funções gestoras do SUS, quando se desenvolveram diversas experiências municipais precursoras das ações e programas nacionais instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica brasileira, com destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família, na década de 1990.

Vale destacar que a APS tem sido marcada por reveses para sua consolidação tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do seu financiamento, além da complexidade assistencial que carrega ante o profundo pauperismo da população usuária que se imbrica às suas condições de saúde, pois que a determinam.

Essas determinações compõem a totalidade da vida social, abrangendo questões estruturais, econômicas, políticas, culturais e ambientais, como também o cotidiano, os valores ético-morais e as individualidades, ou seja, dimensões presentes e mediadas no plano ontológico da singularidade e da universalidade humana. Assim, a saúde deve ser apreendida de modo ampliado, na perspectiva da determinação social, o que requer das ações profissionais uma apropriação crítica da realidade em sua totalidade; isto é, de ruptura com concepções fragmentadas, isoladas, a-históricas, reducionistas, naturalistas, exclusivamente biológicas, comportamentais e individualistas da vida humana. Isso não significa desconsiderar e muito menos anular os aspectos genéticos e fisiológicos da humanidade (OLIVEIRA; GHIRALDELLI, 2019, p. 261-262).

Apesar de dificuldades para maior efetividade e alcance das ações da APS, ainda assim, no Brasil se avançou na organização, expansão das redes de atenção no país e consolidação da Estratégia em Saúde da Família (ESF) em 2006, quando foi oficializada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A proposição era de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da população de determinado território e garantia do direito do acesso à saúde. As versões de 2006 e de 2011 da PNAB destacaram-se na implantação dos princípios e diretrizes do SUS; demarcaram inflexões importantes no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde, sendo que até 2014 observou-se maior alocação de recursos financeiros para estruturação da rede básica com capilaridade nacional (PAIM, 2013). A APS brasileira experimentou crescimento com avanços importantes na expansão da cobertura, qualificação da sua rede de atenção e resultados foram observados na melhoria do acesso da população, nos indicadores de saúde e na qualidade do cuidado.

No Brasil, ao longo dos 30 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde e no desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país continental e com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais. A descentralização de recursos federais para municípios, combinada com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram decisivos para a expansão da APS no país. A ESF ampliou o acesso a serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades

sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida. (MASSUDA, 2020, p. 1182).

Como já anteriormente apontado, a partir de 2016 no Estado brasileiro se intensifica um processo de contrarreformas nos moldes neoliberais de retração-extinção de direitos e disponibilidade irrestrita do acesso ao fundo público para a iniciativa privada. Nesta conjuntura política de intensa ofensiva do capital sobre a vida, além da instabilidade institucional democrática, uma terceira PNAB foi publicada em 2017, mesmo sob forte crítica de defensores do SUS, apresentando uma relativização da cobertura universal e da prioridade da Estratégia Saúde da Família, além da segmentação do acesso. Em 2019, o desmonte da APS se aprofunda com o lançamento de um novo modelo de financiamento pelo governo federal, chamado de “Previne Brasil”, instituído por meio da Portaria 2.979, que altera formas de transferências de recursos para os municípios, com base nos critérios de captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2019). Cabe reiterar que a alocação de recursos no SUS e na APS sempre foram insuficientes e pauta de lutas.

De acordo com Massuda (2019, p. 1186), o Previne Brasil “parece servir mais a propósitos restritivos do que à qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS”. O autor enfatiza que as análises feitas a partir de 2017, ainda que careçam de monitoramento continuado, já apontam menor acesso e cobertura da atenção básica e aumento dos indicadores de mortalidade.

A pandemia da Covid-19 se instalou no Brasil em março de 2020, exigindo medidas de saúde pública e de proteção social que priorizassem a vida e o controle efetivo da doença. Para Bousquat et al. (2021), países com sistema de saúde universal e APS ordenadora do cuidado, como é o caso do Brasil, estariam mais aptos a responder a emergências sanitárias. Contraditoriamente, a tortuosa gestão da pandemia implementada pelo Ministério da Saúde direcionou o repasse quase exclusivo de recursos para o nível terciário da assistência à saúde, com aquisição de equipamentos de alto custo, montagem de estruturas hospitalares temporárias, ampliação da quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contratação de profissionais especializados¹, em detrimento da articulação de toda a rede de atenção e fortalecimento da ação territorial e comunitária na qual a APS é referência, detém ampla capacidade interventiva e resolutiva.

Embora não tenha havido um plano nacional para enfrentamento da pandemia², tendo sido assinaladas divergências entre a condução de estados e municípios e o Ministério da Saúde, pode-se afirmar que a opção geral foi por investimentos na rede hospitalar. Para além dessa condução, a Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS/MS) publicou a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, que aponta o fim de repasses do governo federal para criação de novas equipes, numa clara decretação “do fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família” (EPSJV/Fiocruz, 2020).

Não houve aportes na APS para robustecê-la como eixo central no planejamento, vigilância e em suas funções nas Redes de Atenção à Saúde: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as demais redes³, para mais,

em um contexto de pandemia, a atenção ao financiamento de duas funções em especial precisa ser intensificada - vigilância em saúde e emergência e cuidados críticos, essas últimas funções ligadas ao suporte à vida. Isso implica, no âmbito mais amplo da saúde pública, reorganizar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, aonde a literatura vem de longa data apontando falhas no processo de descentralização. É preciso também integrar a APS às medidas de vigilância pandêmica, recomendação expressa do Plano de Enfrentamento à covid. (SERVO et al., 2020, p. 123).

Pode-se, ainda, destacar que ações de vigilância em saúde, educação, prevenção e promoção de saúde poderiam ter sido de grande contribuição para a população desde o início da crise sanitária, mas o que ocorreu foi a secundarização da APS com redução da oferta assistencial rotineira e um posterior e tímido retorno das atividades das equipes junto à população adscrita. Nessa mesma esteira de posição “antiAPS”, com a chegada das vacinas contra a Covid-19 no Brasil em 2021, a atenção básica não foi convocada a desempenhar seu papel preponderante na imunização, já que “mais de 37 mil unidades básicas de saúde oferecem vacinação de rotina, possuem geladeiras exclusivas para vacinas, têm pessoal com experiência em imunização e estão participando

da vacinação contra Covid-19” (GIOVANELLA, 2021). Por que tal rechaço à APS? Em tempos ultraneoliberais e de privilegiamento do mercado, a medicina custosa e demandante da compra de equipamentos e tecnologias duras favorece a lucratividade insaciável do capital e tende a deslegitimar estratégias apoiadas em tecnologias leves, dialógicas e populares, como se vislumbra numa APS forte, em que clínica e política se articulam.

Inflexões para a atuação de assistentes sociais na Atenção Primária: desafios e estratégias

A atuação de assistentes sociais na Atenção Primária em Saúde vem sendo objeto de reflexão de pesquisadores e profissionais da área, especialmente ampliada após a expansão da política no Brasil e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴, em 2008, com a Portaria 145 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Antes disso, diversos estudos e profissionais pioneiros e o próprio conjunto CFESS/CRESS defendiam a inserção de profissionais de Serviço Social nas equipes da Estratégia Saúde na Família, bem como dando apoio aos serviços da rede da atenção primária. Destacam-se aqui as reflexões sobre a experiência pioneira de assistentes sociais no município de Campina Grande, na Paraíba, que se mobilizaram, a partir de 1995, para a inserção nas equipes de Saúde da Família, culminando com a integração formal de profissionais de Serviço Social às equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do referido município, em 2003. No ano de 2005, segundo Ribeiro et al. (2005), Campina Grande chegou a contar com cerca de 50 assistentes sociais nas equipes de saúde da família, muito antes da institucionalização dos NASFs pelo Ministério da Saúde.

Em pesquisa realizada em 2009, Soares (2020) identificou a partir de entrevistas junto a 192 assistentes sociais que atuavam na saúde em todo o país, que o lugar preferencial de inserção dessas profissionais, segundo à racionalidade hegemônica na política de saúde, era nos serviços de média e alta complexidade, na atenção secundária e terciária em saúde. Neste sentido, segundo a autora, tal racionalidade primava por uma lógica de emergencialização e assistencialização da política reproduzida, inclusive nas requisições ao Serviço Social e no seu lugar prioritário no interior da rede de serviços. De modo que, apesar de 43% das entrevistadas atuarem em serviços de saúde geridos por municípios, apenas 14,7% estavam inseridas na Atenção Primária. Assim, “concentrar o Serviço Social em instituições de saúde que desenvolvem preponderantemente ações assistenciais no âmbito dessa política vincula o exercício profissional às necessidades da racionalidade referenciadas nessas ações.” Ademais, com relação à natureza predominante das demandas profissionais atendidas, 50,5% dos que atuavam em unidade básica/Saúde da Família referiam que era de âmbito assistencial/emergencial (SOARES, 2020, p. 192).

Com isso, destaca-se que muito 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. No momento presente, em que se adensam os efeitos da crise estrutural capitalista com a crise sanitária, os desafios às práticas sociais nesse espaço tão importante da política de saúde também se complexificam, exigindo de profissionais de Serviço Social uma atuação cada vez mais fundamentada nos princípios e fundamentos do projeto ético-político-profissional para o desvelamento crítico da realidade, bem como uma amplificação da capacidade propositiva.

A partir da pesquisa bibliográfica⁵ realizada, identificamos nove trabalhos completos ou artigos publicados que a atuação de assistentes sociais na atenção primária em saúde no contexto pandêmico. A partir das discussões sistematizadas nos referidos trabalhos, organizamos o conteúdo entre os desafios à prática profissional — configurados especialmente pelas inflexões e dificuldades adensadas pela crise sanitária e as tendências da política de saúde — e as principais estratégias profissionais evidenciadas nessas publicações.

Com relação aos desafios objetos de discussão, destacam-se:

- a) O uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) se ampliou imensamente no período pandêmico relacionando-se com o trabalho remoto ou teletrabalho:

uma retrospectiva da inserção do Serviço Social na APS demonstra o uso das TIC desde antes da pandemia de Covid-19, quando da inserção das/os profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, momento em que a comunicação entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e demais profissionais já era realizada por meio de aparelhos telefônicos e aplicativos de mensagens, como o WhatsApp® [...]. Em 2020,

em razão da pandemia de Covid-19, em todas as eSF e Centros de Saúde da APS, para algumas especialidades de média complexidade e profissionais do NASF-AB, houve incentivo à utilização das TIC para a realização do teletrabalho, incluindo o caso das/os Assistentes Sociais. (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021a, p. 7–8).

- b) O teletrabalho ou trabalho remoto no âmbito da Atenção Primária em Saúde e suas contradições e conflitos, inclusive caracterizado pelo repasse de custos do trabalho para o trabalhador:

Esse teletrabalho se configurou como uma especificidade importante a ser analisada: o teletrabalho institucional, ou seja, o atendimento realizado por meio das TICs no ambiente da instituição empregadora. [...] A principal mudança observada é que se passa de uma medida excepcional, mesmo o período pandêmico não tendo se encerrado, para a instituição do teletrabalho como uma modalidade permanente na administração pública municipal. [...] a atuação na área da saúde exige o contato com a realidade da população usuária do SUS, e no caso da APS, o trabalho possui como prerrogativa o conhecimento do território vivo. (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021a, p. 9–12).

- c) Relacionado ao desafio anterior, o remanejamento de assistentes sociais e profissionais de saúde de modo geral também trouxe algumas contradições e conflitos

Esta transição para gestão trouxe para os profissionais do NASF muitos desafios, pois a atuação ocorre no eixo assistencial/pedagógico e a solicitação para fazer gestão foi realizada bruscamente, passando a atuação para a dimensão técnica/ administrativa. Apesar de a indicação para assumir a gestão tenha sido diante da necessidade e, não necessariamente, pela competência profissional, cabe aos profissionais de Serviço Social contribuir para além da gerência técnico-administrativas dos serviços a fim de ofertar qualidade, o que perpassa pelo bem-estar tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde. (SANTOS; BORGES, 2020, p. 181).

- d) Precarização da política de saúde com impactos nos serviços da atenção primária, com falta de recursos, déficit de profissionais nas equipes, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) principalmente no começo da pandemia, falta de equipamentos como computadores, telefones, veículos para realização de visitas, entre outros:

As condições precárias de trabalho das/os profissionais do NASF-AB, que compreendem desde a falta de recursos humanos que atendam às necessidades dos serviços, passando pela inadequação das equipes às normativas federais, como é o caso da inclusão de um mesmo profissional em dois NASF-AB do município, e chegando até a ausência de espaços físicos, tecnologias e materiais necessários para a realização do trabalho de forma sigilosa. Ou seja, faltam salas para atendimento nos Centros de Saúde; telefone em local adequado e que permita o contato com a/o usuária/o ou rede de serviços com sigilo; computador com acesso à internet para os registros profissionais e consulta aos prontuários eletrônicos das/os usuárias/os, entre outras necessidades. (DAL PRÁ; MARTINI; CRUZ, 2021a, p. 11).

- e) Agravamento das expressões da questão social, configuradas numa maior demanda de assistência para as equipes multiprofissionais

Dentre as expressões vivenciadas, destacam-se: desemprego e dificuldades financeiras enfrentadas por indivíduos e famílias; abuso de álcool e drogas; adoecimento e agravamento de casos em Saúde Mental; negligência de idosos, crianças e adolescentes; impasses quanto ao acesso a benefícios sociais e serviços assistenciais, como cadeira de rodas, órteses e próteses; entre outros. (SOUZA; LIMA, 2021, p. 7723).

- f) Continuidade e intensificação da privatização não clássica dos serviços de saúde, especialmente via terceirização, implicando na precarização do trabalho, por sua vez caracterizada pela fragilização dos vínculos de trabalho, pela baixa contratação de profissionais, demissão de profissionais, contratação temporária de profissionais, bem como maior controle sobre o trabalho das profissionais:

Um desafio vivenciado diz respeito à fragilidade de vínculos de trabalho de parte das/os assistentes sociais atuantes nas equipes NASF-ab, já que a maior parte dessas/es profissionais é contratada por Organizações Sociais (OS), com precarização de vínculos e condições de trabalho, além da incerteza da empregabilidade [...]. (MELO et al., 2021, p. 134).

[...] Houve a diminuição do número de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e do NASF, levando a demissão em massa de diversos profissionais, [...] atraso de salários dos profissionais das OS. (MESQUITA, 2021, p. 72).

g) Por fim, o desafio de lidar com a insegurança da existência do seu espaço de atuação profissional:

[...] não se pode ocultar a angústia dos profissionais diante da incerteza sobre o futuro do NASF, espaço privilegiado de atuação do/a assistente social que vem sendo subtraído por uma política econômica de retrocessos e fragmentação. (LIMA et al., 2020, p. 187).

Com relação às estratégias de intervenção elencadas nos trabalhos analisados no contexto pandêmico, as profissionais de Serviço Social destacaram:

a) Ações socioeducativas de modo geral, especialmente informações sobre acesso a direitos, políticas, auxílio emergencial, mapeamento da rede socioassistencial e educação em saúde, de modo geral:

Nas equipes NASF-ab, os assistentes sociais permaneceram atendendo, presencial ou remotamente, protagonizando a socialização de informações e as orientações para o acesso ao auxílio emergencial, esclarecimentos sobre benefícios previdenciários e sobre alteração nas relações de trabalho no período da pandemia. (MELO et al., 2021, p. 133).

b) Elaboração de material informativo, socialização de informações, inclusive nas redes sociais e fazendo uso de aplicativos de mensagens, como WhatsApp:

No campo do Serviço Social, um dos pontos positivos diz respeito ao acesso as inovações tecnológicas, até então parcamente adotadas no fazer profissional, como, por exemplo, concepção, construção e criação de vídeos. Tendo em vista que as mídias sociais e a internet com suas numerosas potencialidades têm incrementado o fluxo informacional, podemos adotar tal alternativa não somente como recurso para tempos de pandemia, mas, sim, como elemento do dia a dia. (LIMA et al., 2020, p. 162).

c) Articulação com a rede socioassistencial, tendo “como diferencial a continuidade das articulações intersetoriais, das diretrizes de prevenção, educação e promoção de saúde, orientações e encaminhamentos como mediação para o acesso a direitos” (MELO et al., 2021, p. 134).

d) Apoio matricial voltado à ampliação da capacidade resolutiva e assistencial da equipe de saúde:

Dentre as ações e práticas desenvolvidas destacam-se: articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral, CAPS Infantil e CAPS AD 24 horas diante de demandas em Saúde Mental; Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), para acompanhamento e responsabilização dos familiares para com os idosos em situação de negligências; judicialização de exames de usuários junto ao Núcleo de Defesa da Saúde (NUDESA) da Defensoria Pública do Ceará; encaminhamento à Policlínica para solicitação de órteses e próteses; orientações sobre direitos sociais e previdenciários; encaminhamento aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop); articulação com o Conselho Tutelar e Programa Rede Aquarela em casos de negligência e suspeita de abuso sexual de crianças e adolescentes. Nas ações interprofissionais, foram realizadas visitas domiciliares e atendimentos compartilhados; salas de espera com os usuários que aguardavam as consultas médicas; rodas de conversa com a comunidade; grupo vida saudável com os idosos; ações educativas e de mobilização conforme as campanhas do calendário do Ministério da Saúde. (SOUZA; LIMA, 2021, p. 7723).

e) A alternância de horários de atendimento e de trabalho remoto com trabalho presencial foi uma estratégia comumente realizada na pandemia, todavia, a um só tempo, constituiu-se, como apresentamos anteriormente, desafio à prática profissional por implicar num maior distanciamento com relação ao território e à população usuária.

f) Ações de planejamento e relacionadas à gestão dos serviços:

Ressalta-se ainda que a inserção na gestão emerge no momento de reorganização dos serviços de saúde para lidar com a pandemia do Coronavírus, exigindo um profissional articulado com as informações e

mudanças, competências técnicas, habilidades gerenciais. [...]. Destacam-se algumas atividades realizadas pelos/as profissionais de Serviço Social enquanto gestores [...]: a) leitura dos documentos que norteiam o funcionamento das UBS Fast [...]; b) reuniões de equipe para apresentação e discussão dos documentos (LIMA et al., 2020, p.181-182).

g) Ações de assessoria político-pedagógica junto ao controle social e mobilização social:

As atividades desenvolvidas junto ao CMS ocuparam-se em acompanhar e qualificar o debate político em torno das prioridades de saúde [...] plenárias; rodas de conversa com conselheiras/os municipais, distritais e locais de saúde [...].

[...] ocorreu a assessoria técnica para fortalecer o controle social de um CLS envolvendo: (i) ato público distanciado em reivindicação ao acesso à água; (ii) elaboração de documentos formalizando as reivindicações [...]; (iii) solicitação de caminhão pipa para abastecimento dos domicílios; (iv) suporte com informações sociojurídicas e elaboração de documentos necessários às solicitações por regularização fundiária. [...] As/os Assistentes Sociais engajaram-se na articulação técnica e política de fóruns de saúde: a) para rearticulação do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações (FCDSCP); e b) para a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) onde integram o colegiado gestor. (DAL PRÁ et al., 2021b, p. 600).

h) Ações de estudo, reflexão sobre a realidade do contexto pandêmico e da política de saúde, destacando a “importância da troca de conhecimentos, para que a categoria, diante da reorganização dos espaços de trabalho, definisse estratégias de atuação coerentes com suas competências e atribuições privativas profissionais”. (MELO et al., 2020, p. 287).

Os desafios e estratégias publicizados nos diversos trabalhos expressam a complexidade e as contradições da política de saúde brasileira alinhada com as necessidades do capitalismo contemporâneo em meio à crise sanitária, perpassada pelo aprofundamento da precarização da política e precarização do próprio trabalho profissional. Todavia, dialeticamente, em meio a essas contradições, as estratégias de intervenção evidenciam o compromisso profissional com práticas socioeducativas e político pedagógicas, com a democratização dos direitos e da informação.

Considerações Finais

A saúde tem se configurado com múltiplas determinações e contradições: arena de disputa entre projetos universalizantes e privatistas; campo de garantia de direitos e de lucratividade do capital; espaço de fomento à organização e mobilização popular e de práticas autoritárias. Tal contexto carrega potencialidades e limitações, sendo que, no cenário atual de retração intensificada dos direitos sociais legalmente assegurados no Brasil, temos assistido a uma ofensiva burguesa das mais contundentes a proteção social da classe trabalhadora e a contrarreforma da saúde pode ser apontada como um dos golpes mais cruéis à manutenção da vida. Como já destacado, a desigualdade gerada pelo modo de produção capitalista traz também a possibilidade de adoecimento, de vida ou de morte para os setores mais pauperizados da população, traduzindo-se em profunda complexificação das demandas dos territórios.

A Atenção Primária à Saúde, caracterizada como primeiro ponto da rede de acesso ao SUS, serviço de base territorial e de cuidado de proximidade, desempenha função fundamental na assistência a comunidades; frente ao processo histórico de subfinanciamento/ desfinanciamento, aprofundado a partir de 2016 e regulamentado na PNAB publicada em 2017, beira a inviabilidade completa tanto são os óbices impostos. Destacam-se entre estes a falta de insumos para realização das atividades assistenciais, precária infraestrutura das unidades de saúde, precarização de vínculos de trabalho de profissionais, quadro insuficiente de recursos humanos e principalmente o aumento da pobreza e da miséria que pressiona por ações intersectoriais e não encontra retaguarda nas políticas, programas, projetos, serviços e benefícios governamentais, já que se encontram em franco declínio diante das contrarreformas ultraneoliberais do Estado brasileiro.

Para profissionais de Serviço Social atuantes nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com suas competências e atribuições de atuação nas expressões da questão social, capacidade de

desvelamento do real e de intervenção nas determinações sociais dos processos saúde-doença, o cotidiano se tornou ainda mais desafiador, pois a negação de direitos como método governamental imprime inflexões sobre a prática profissional e distancia o horizonte emancipatório do projeto ético-político da profissão. Ainda, pode-se destacar que o Serviço Social se manteve e se mantém como profissão nas trincheiras de luta e resistência, no trabalho junto à classe trabalhadora nos diversos espaços sócio-ocupacionais, mediando o acesso a direitos e em defesa da vida.

Referências

- BOUSQUAT, A., AKERMAN, M., MENDES, A., LOUVISON, M., FRAZÃO, P. & NARVAI, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, 1(128), 13-26.
- BRASIL, 2019. *Previne Brasil: Modelo de Financiamento para a APS*. Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 145, de 11 de março de 2008*. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 24 jun. 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Frente pela vida: CNS e entidades científicas da saúde e bioética unidas contra a pandemia de Covid-19. jul. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/frente-pela-vida>. Acesso em: 26 out. 2020.
- DAL PRÁ, K. R.; MARTINI, D.; CRUZ, S. A pandemia de Covid-19 e o pandemônio do (tele)trabalho: reflexões a partir da experiência das/os assistentes sociais na área da saúde. *Emancipação*, v. 21, p. 1-17, 2021a.
- DAL PRÁ, K. R., et al. As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Katálysis*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 595-606, 2021b.
- GIOVANELLA, L. Os desafios da vacinação contra Covid-19 na Atenção Primária no SUS. Editorial do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho, mar. 2021. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=Os-desafios-da-vacinacao-contr-Covid-19-na-APS-por-Ligia-Giovanella>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- LIMA, A., et al. Serviço Social e trabalho em tempos de pandemia: cenário da categoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. In: PEREIRA, S.; CRONEMBERGER, I. (org.). *Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao Debate*. Teresina: EDUFPI, 2020.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188, 2020.
- MESQUITA, M. A. A atuação do assistente social na atenção básica de saúde: os impactos da contrarreforma evidenciados durante a pandemia da covid-19. *Moitará*, Universidade Unigranrio, v.1, n. 6, p. 61-74, 2021.
- MELO, D. et al. Atenção primária à saúde, pandemia da covid 19 e atuação profissional do/a assistente social. In: CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE (CONASSS), 9.; SIMPÓSIO D SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE, 12., 30 anos do SUS: Território de Lutas e o Serviço Social na Saúde, edição virtual, 22-24 set. 2020. *Anais [...]*. p. 277-29. Disponível em: https://www.conasss.com.br/docs/20210304anais_completo-final.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.
- OLIVEIRA, A. de; GHIRALDELLI, R. O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, n.44, v. 17, 2019. p. 255-273.
- PAIM, J. S. A. constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013.
- RIBEIRO, S. et al. O cotidiano do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. *Katálysis*, v. 8, n. 2, p. 247-255, 2005.
- ROCHA, P. R., DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, 2015. p. 129-135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/treeusp/a/4NdW5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- SANTOS, D.; BORGES, L. Serviço social, atenção primária e Covid-19: impactos e desafios nos NASFs do município de Teresina/PI. In: PEREIRA, S.; CRONEMBERGER, I. (org.). *Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao Debate*. Teresina: EDUFPI, 2020.
- SANTOS, R. T., GUIMARÃES, J. R. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4 especial, 2020. p. 73-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HHZbVgjHsHWPPtjs7kFKFTK/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 114-129, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- SOARES, R. C. *Contrarreforma no SUS e o serviço social*. Recife: Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/70/120/322?inline=1>.

SOUZA, D.; LIMA, C. A contribuição do Serviço Social para o Apoio Matricial em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza no período da pandemia da Covid-19: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 7723-7725, 2021.

Notas

- ¹ A crítica não é ao investimento nesse setor, mas à centralidade do investimento e à secundarização da APS.
- ² Foi elaborada e apresentada proposta pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, com o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. Contribuição das organizações que compõem a Frente Pela Vida e atuam no campo da Saúde à sociedade brasileira. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).
- ³ Para conhecer as Funções da APS, acessar o site: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasfuncoesab>.
- ⁴ Em 2017, nomeados como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).
- ⁵ A pesquisa foi realizada nos Anais do Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (CONASSS), realizado em 2020, bem como na plataforma SCIELO e no Google acadêmico, com trabalhos publicados em periódicos, anais ou e-books de livre acesso, nos anos de 2020 a 2022, com a temática da atuação de assistentes sociais na APS no contexto pandêmico.

Ana Cristina de Souza Vieira

ana.vieira@ufpe.com

Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Professora Titular da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Delaine Cavalcanti Santana de Melo

delaine.melo@ufpe.br

Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Raquel Cavalcante Soares

quelcsoares@gmail.com

Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Professora Associada da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSS/UFPE).

UFPE

Rua Prof. Moraes Rego 1235

Recife, PE – Brasil

CEP: 50670-901

Agradecimentos

Não se aplica.

Agência financiadora

Não se aplica.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram efetivamente na elaboração do artigo e revisão do texto completo em diálogo com as demais autoras. Contudo, o sub-item “Crise sanitária, determinação social e desigualdade nos territórios” teve maior participação de A. C. S. Vieira, o sub-item “O (não) lugar da Política de Atenção Primária e a ofensiva ultraneoliberal no Brasil em meio à pandemia” contou com uma maior contribuição de D. C. S. Melo e o sub-item “Inflexões para a atuação de assistentes

sociais na Atenção Primária: desafios e estratégias” constituiu-se objeto de maior participação por parte de R. C. Soares, bem como a concepção e formulação do artigo.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação

Não se aplica.

Consentimento para publicação

Nós, autoras, autorizamos a publicação deste manuscrito, sendo a presente autorização e cessão outorgados livre e espontaneamente, em caráter gratuito, não incorrendo a autorizada a qualquer custo ou ônus.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.