

# O Serviço Social na atenção primária à saúde

Social Work in primary healthcare

Andréia de Oliveira\*  
Reginaldo Ghiraldelli\*\*

**Resumo** – O artigo aborda particularidades do exercício profissional de assistentes sociais na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Por meio de revisão de literatura e pesquisa empírica, com aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas, objetivou-se, de modo qualitativo, compreender as ações desenvolvidas, as atribuições, as competências profissionais e as condições laborativas de assistentes sociais nesse espaço ocupacional. O cenário brasileiro atual, de aprofundamento da crise político-econômica, erosão dos direitos sociais, ataques aos direitos humanos, avanço do conservadorismo, criminalização das lutas sociais, censura ao pensamento crítico, adoecimento, intensificação e precarização no mundo do trabalho revela inúmeros desafios para a categoria profissional.

**Palavras-chave:** Serviço Social; política de saúde; atenção primária à saúde; ações profissionais; direitos sociais.

**Abstract** – This article deals with particularities of the professional practice of social workers in primary health care in the Federal District. Through literature review and empirical research, with the application of questionnaires and semi-structured interviews, the objective was to understand qualitatively the actions taken, the attributions, the professional competences, and the working conditions of social workers in this occupational space. The current Brazilian scenario, comprised of a deep political-economic crisis, the erosion of social rights, attacks on human rights, the advancement of conservatism, the criminalization of social struggles, censorship of critical thinking, sickness, and intensification and precariousness in the world of labor, reveal numerous challenges for this professional category.

**Keywords:** social work; health policy; primary health care; professional actions; social rights.

\* Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Assistente social, mestre em saúde pública pela UFSC e doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social (TRASSO). E-mail: andreiao.liveiras@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-875>.

\*\* Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Assistente social, mestre e doutor em Serviço Social pela Unesp. Coordena o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social (TRASSO). E-mail: rghiraldelli@unb.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9229-7686>.

## Introdução

O Serviço Social é reconhecido como uma profissão da área da saúde e, por isso, se insere nos processos coletivos de trabalho em saúde, contribuindo para as respostas e demandas advindas do conjunto das necessidades humanas<sup>1</sup>. Essas respostas, expressas no cotidiano da ação profissional – mesmo que em diversas situações circunstanciais ocorram em dimensões imediatas –, requerem profissionais com capacidade crítico-intelectual para decifrar necessidades sociais que se dão em relações mediatizadas pela totalidade social e sintonizadas com o seu tempo histórico. A profissão, absorvida pela área da saúde desde a sua origem no Brasil, passou ao longo desses anos por mudanças significativas no que diz respeito à formação e ao trabalho profissional, especialmente a partir do Movimento de Reconceituação.

Para Matos (2009), o Serviço Social se insere inicialmente nos serviços de saúde por meio de um exercício profissional baseado no modelo médico clínico, ou seja, como um trabalhador complementar da atividade médica, por isso também chamado de “paramédico” – profissionais não médicos que atuavam nos serviços de saúde. No que se refere ao Movimento de Reconceituação, desencadeado na década de 1960 em âmbito latino-americano e marcado por rupturas e permanências, Netto (2001) diz que esse processo assume três direções no Brasil, denominando-as: modernização conservadora, de cariz tecnocrático e neopositivista; reatualização do conservadorismo, de inspiração fenomenológica e que confere à intervenção profissional traços microscópicos; e intenção de ruptura, caracterizada pela aproximação à tradição marxista. É importante registrar que nesse mesmo período de revisão das bases do Serviço Social estava em pauta, no cenário brasileiro o Movimento de Reforma Sanitária, que questionava o modelo sanitário vigente, até então baseado na tradição da clínica-médica em um formato curativo-hospitalocêntrico.

O reconhecimento dessa profissão como sendo da área da saúde se faz pela contribuição e inserção histórica do Serviço Social nessa área, tendo em vista sua capacidade de atender com competência crítica e propositiva às demandas e necessidades emergentes que circundam a vida em sociedade e que rebatem direta e indiretamente nas condições de existência e reprodução da população. Ademais, o Serviço Social é requisitado em todos os níveis de complexidade da saúde para atender às múltiplas expressões da “questão social”. Nesse sentido, também compõe a equipe profissional da atenção primária à saúde (APS), que, juntamente com outras

---

<sup>1</sup> A Resolução n. 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamenta as profissões de saúde; dentre elas, o Serviço Social. São reconhecidas as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

profissões, contribui para o atendimento e o acesso da população à política de saúde.

A “questão social” emerge na cena pública na primeira metade do século XIX, a partir da organização coletiva e luta da classe trabalhadora ao reivindicar direitos de cidadania. Desse modo, a “questão social”, vinculada às lutas de classes, assume dimensão política e precisa ser analisada com base no processo de acumulação e reprodução capitalista, pois, contraditoriamente, na medida em que a produção da riqueza se torna cada vez mais coletivizada, o seu resultado final é sempre apropriado de maneira privada (IAMAMOTO, 2008).

Assim, a pesquisa sobre o Serviço Social na APS no Distrito Federal advém da necessidade de estudos sobre o cotidiano de trabalho de assistentes sociais nesse espaço ocupacional, com o objetivo de identificar ações desenvolvidas, atribuições, competências, condições de trabalho, referências e abordagens teórico-práticas presentes nos processos de trabalho em saúde, em conjugação com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Sanitária e do projeto ético-político da profissão. Isso significa apreender o trabalho de assistentes sociais sintonizado com os preceitos e direcionamentos do projeto profissional, o que pressupõe compreender a trama histórica, contraditória e tensa das relações sociais no capitalismo, sobretudo em um contexto de crise, de radicalização da “questão social” e de banalização do humano (IAMAMOTO, 2008).

O projeto ético-político do Serviço Social tem como referência o Código de Ética do Assistente Social de 1993, a Lei n. 8662/93 de Regulação da Profissão e as Diretrizes Curriculares da Abepss de 1996. Segundo Netto (2007, p. 4), os projetos profissionais apresentam

[...] a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

Bravo e Matos (2007) afirmam que na saúde existem dois projetos em disputa: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. O primeiro deles tem requisitado assistentes sociais para desenvolver seleção socioeconômica de usuários com ênfase no aconselhamento, em ações fiscalizatórias de planos de saúde, no assistencialismo embasado na ideologia do favor e no predomínio de práticas individuais. Já o segundo se orienta pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, pelo atendimento humanizado, pelas estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, com ênfase nas abordagens grupais e multidisciplinares, bem como pelo acesso democrático às informações e estímulo à participação

cidadã. Diante disso, evidencia-se que o projeto ético-político do Serviço Social está sintonizado com os preceitos do projeto da Reforma Sanitária.

Historicamente, o Serviço Social se constitui como uma profissão dotada de competência teórica, metodológica, técnica e ético-política, comprometida com as necessidades sociais e humanas da população. A profissão, a partir de uma direção social crítica balizada por um projeto ético-político, e tendo na “questão social” seu objeto investigativo e interventivo, pode contribuir de forma efetiva para o acesso da população às políticas públicas e aos direitos sociais, como é o caso da saúde.

Tal contribuição se faz cada vez mais necessária e ao mesmo tempo desafiante, considerando o contexto brasileiro recente de ruptura democrática após a consolidação do golpe parlamentar-judicial-midiático-empresarial de 2016, que, desde então, tem apresentado consequências deletérias e nefastas em relação aos ataques aos direitos, garantias e proteção social. De fato, a deposição da presidenta Dilma Rousseff (PT), por meio de um golpe, demonstrou os limites de uma política de conciliação de classes no cerne da democracia brasileira de traço burguês. Isso já estava formulado pelos conspiradores do golpe antes mesmo da sua consolidação, como pode ser observado no plano denominado “Uma Ponte para o Futuro”, apresentado pelo PMDB. Este consistia na programática da ordem e progresso, na lógica da eficiência, eficácia e racionalização do aparelho de Estado, assim como em medidas de privatização de serviços e setores públicos.

O que se observa nesse cenário brasileiro de ameaça aos valores democráticos é o avanço do conservadorismo ultrarreacionário e o aprofundamento de medidas neoliberais que atingem visceralmente as condições existenciais de vida e de trabalho da população. O governo de Michel Temer, mesmo com dificuldades de governabilidade, baixos índices de aprovação e popularidade, em um amplo acordo com o Congresso Nacional, aprovou de forma célere medidas regressivas e de austeridade fiscal, contribuindo para o acirramento das desigualdades sociais, elevados índices de desemprego, redução e cortes de gastos sociais com políticas públicas. Demonstrate, assim, o propósito do governo de aniquilamento dos direitos sociais, transferindo para a iniciativa privada tal responsabilidade, como é o caso das políticas de saúde, educação, assistência social, previdência, dentre outras.

Em dois anos à frente da presidência do país, dentre as medidas regressivas, estão a Emenda Constitucional n. 95, de 2016, que estabelece o teto dos gastos públicos, ou seja, o congelamento durante 20 anos dos investimentos com as políticas sociais, atingindo brutalmente direitos como saúde e educação. Houve também a Contrarreforma Trabalhista (Lei n. 13.467/2017), que se apresenta falaciosamente com um discurso de “modernização das relações de trabalho”. Mas, na realidade, esfacela e viola os direitos sociais do trabalho, abrindo caminhos para um amplo, aberto e profundo processo de degradação e intensificação de formas laborativas

precarizadas, marcadas pela ausência de garantias, direitos e proteção social da classe trabalhadora.

O balanço que se faz é dramático, colocando para os movimentos sociais, os partidos de esquerda e o conjunto da classe trabalhadora a necessidade de formas organizativas, de resistência e de luta coletiva para o enfrentamento dessa realidade. Isso porque o que está em curso, e de modo acelerado, é um conjunto de medidas neoliberais que ameaçam os direitos sociais e a sobrevivência humana. Dessa maneira, são adotadas medidas radicais, corrosivas e ofensivas para a classe trabalhadora, caracterizadas pela reorientação do gasto público em favor do grande capital financeiro.

Nesse cenário, o Serviço Social, que atua por excelência com as políticas sociais, se depara com complexas contradições, pois, ao mesmo tempo em que busca atender às demandas emergentes a partir das necessidades humanas e sociais, também se vê diante de limites institucionais, com a redução e os cortes do orçamento público para as políticas sociais. Tal conjuntura traz rebatimentos diretos e indiretos para o cotidiano profissional, como é o caso da saúde e, particularmente, da APS. Longe de qualquer análise simplista, de natureza endógena ou descontextualizada do tempo presente, é importante analisar o trabalho profissional considerando questões conjunturais e estruturais, já que, numa relação dialeticamente constituída, a profissão, ao mesmo tempo em que incide na realidade, também não está imune aos seus efeitos e às suas constantes transformações. Por isso, pensar a profissão é situá-la e sintonizá-la com o seu tempo histórico.

Assim, o artigo aborda a inserção do Serviço Social na APS no Distrito Federal, de modo a identificar ações, atribuições, competências, desafios, limites e condições de trabalho de assistentes sociais em uma quadra histórica marcada pela implementação de medidas de austeridade, de regressão dos direitos sociais e também de alterações no mundo do trabalho, que atingem de forma medular o *“modo de ser”* da profissão.

## **O percurso metodológico da pesquisa<sup>2</sup>**

De natureza essencialmente qualitativa, mas sem desconsiderar os dados quantitativos obtidos e incorporados no percurso investigativo, a pesquisa enfatiza o trabalho profissional a partir de uma análise das condições objetivas, contraditórias e complexas do tempo presente. Ou seja, sem pretensões endógenas, compreende o Serviço Social a partir do seu significado sócio-histórico. Para alcançar os resultados aproximados, foi realizada uma caracterização da APS no âmbito de implantação do SUS no

<sup>2</sup> Registramos o nosso agradecimento à Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (GESS/SES/DF), especialmente à assistente social Michelle da Costa Martins, que participou e colaborou com a pesquisa em diversas etapas; e também aos/às estudantes de graduação que participaram da pesquisa tanto na iniciação científica quanto na realização de trabalhos de conclusão de curso.

Distrito Federal, além do mapeamento do universo de assistentes sociais inseridos nesse espaço ocupacional.

A pesquisa, desenvolvida no período de 2015 a 2017, contou com a parceria da Gerência de Serviço Social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Gess/SES-DF), o que permitiu o acesso ao universo quantitativo de assistentes sociais inseridos na APS do Distrito Federal. Posteriormente, houve obtenção dos dados de endereço eletrônico desses profissionais para a aplicação do questionário, que foi elaborado através da Plataforma Google e enviado para todos que compunham o banco de dados. Junto ao questionário foram apresentados os objetivos da pesquisa contendo as orientações sobre os cuidados éticos acerca do sigilo, tendo em vista que o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH/UnB)<sup>3</sup>.

De um universo de 95 assistentes sociais<sup>4</sup> com atuação no âmbito da APS no Distrito Federal, 26 profissionais, ou seja, o correspondente a 27,37% do total, responderam ao questionário aplicado *on-line*, na plataforma Google, sendo lotados nos seguintes espaços ocupacionais: 11 profissionais inseridos em centros de saúde; seis no núcleo de apoio à saúde da família (Nasf); cinco na atenção à saúde no sistema prisional; três na equipe de atenção domiciliar (EAD); e um no consultório na rua.

O total de profissionais na APS no Distrito Federal era, conforme os dados obtidos pela Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde no período que abrange a realização da pesquisa, de 95. Por serviço e unidade, esse número estava distribuído da seguinte forma: centro de saúde: 62 assistentes sociais; núcleo de apoio à saúde da família: 10 assistentes sociais; equipe de atenção domiciliar: 11 assistentes sociais; consultório na rua: 3 assistentes sociais; atenção à saúde no sistema prisional: 9 assistentes sociais.

Após a sistematização dos dados obtidos por meio das respostas dos questionários, iniciou-se a etapa de realização das entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de aprofundar as informações compiladas nos questionários. Os critérios metodológicos para a seleção dos sujeitos participantes da entrevista semiestruturada, com base no escopo e natureza do estudo, foram: 1) a busca de dados e informações com assistentes sociais que atuam na APS do Distrito Federal e em suas diferentes regiões de saúde; 2) assistentes sociais com atuação em diferentes modelagens de equipe de APS, ou seja: Nasf, EAD, centros de saúde tradicionais, consultórios na rua e atenção à saúde no sistema prisional; e 3) critério de natureza excludente, representado pela disponibilidade do profissional em participar da pesquisa.

Algumas entrevistas foram realizadas nos respectivos espaços ocupacionais de atuação e outras nas instalações da Gerência de Serviço Social

<sup>3</sup> Também foi elaborado e entregue um *folder* em eventos da Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do DF contendo informações sobre o projeto e seus respectivos objetivos.

<sup>4</sup> Total de assistentes sociais com atuação na APS no Distrito Federal, no período em que a pesquisa de campo foi iniciada: abril de 2016. O questionário *on-line* foi aplicado no período de abril a outubro de 2016.

da SES-DF. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e em seguida analisadas. Os entrevistados assinaram o TCLE, seguindo as recomendações éticas. De forma a manter o sigilo, a identificação desses sujeitos foi estabelecida de acordo com a sigla AS para se referir a assistente social, seguida pela sigla do serviço-unidade em que estão inseridos, ou seja: centro de saúde (AS-CS), consultório na rua (AS-CR), equipe de atenção domiciliar (AS-EAD), núcleo de apoio à saúde da família (AS-Nasf) e saúde prisional (AS-SP); em sequência, há a ordem numérica de acordo com o quantitativo de participantes.

Participaram das entrevistas semiestruturadas 15 assistentes sociais que atuam na APS do Distrito Federal, sendo: cinco profissionais inseridos em centros de saúde; quatro na atenção à saúde no sistema prisional; dois no núcleo de apoio à saúde da família (Nasf); dois na equipe de atenção domiciliar (EAD); e dois no consultório na rua.

Alguns assistentes sociais participantes da entrevista também responderam ao questionário *on-line*, enquanto que outros participaram apenas de uma das etapas da pesquisa empírica, ou seja, responderam apenas ao questionário *on-line* ou participaram somente da entrevista semiestruturada.

### **Uma breve contextualização da atenção primária à saúde (APS) no Brasil e no DF**

Partindo da premissa de que o Serviço Social, assim como outras profissões, compõe a área da saúde, inserindo-se coletivamente nos processos de trabalho, cabe sublinhar a concepção de saúde que orienta essa análise. Ademais, importa apresentar, em linhas gerais, a constituição da atenção primária à saúde e sua implantação no Distrito Federal, de modo a compreender a inserção profissional nesse espaço ocupacional. Por isso, pensar a saúde significa situá-la dialeticamente no contexto social, considerando as condições objetivas de vida e trabalho da população, tendo em vista o grau de organização da sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais vigentes (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Assim, é importante compreender a determinação social da saúde como construção social, ou seja, determinações sociais que perpassam as dimensões da vida dos indivíduos em sociedade (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

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, redu-

cionistas, naturalistas, exclusivamente biológicas, comportamentais e individualistas da vida humana. Isso não significa desconsiderar e muito menos anular os aspectos genéticos e fisiológicos da humanidade.

No que se refere à APS, compreendida como uma das formas de prestação de serviço de saúde pública às necessidades individuais e coletivas da população a partir de uma delimitação geográfico-territorial, suas experiências e medidas emergem nas primeiras décadas do século XX, assumindo concepções teóricas, políticas e metodológicas diferenciadas. A produção científica sobre as diferentes concepções, abordagens e práticas no âmbito da APS no Brasil é significativa. Dentre as experiências germinais de APS estão: o Relatório Dawson (Reino Unido) de 1920, que concebia a APS como um conjunto sistêmico regionalizado e hierarquizado, baseado em definições geográficas e baseando, posteriormente, a organização dos sistemas de saúde de várias nações; e a Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão) de 1978, que, em síntese, compreendia a assistência e os cuidados primários em saúde como essenciais para o desenvolvimento da comunidade, dos indivíduos e das famílias (LAVRAS, 2011).

No Brasil, desde a década de 1920, há serviços com características similares ao que atualmente se denomina atenção primária, como o caso dos centros de saúde em São Paulo propostos e criados por Geraldo de Paula Souza. Outras iniciativas se constituíram nos anos de 1940 e 1950, como, por exemplo, o modelo de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)<sup>5</sup>.

Com a crise econômica na década de 1970, que expõe as limitações da assistência médica previdenciária, surgem novas experiências sanitárias acompanhadas de um movimento internacional da APS, difundindo propostas contra-hegemônicas ao modelo assistencial predominante. Desse modo, nas décadas de 1970 e 1980, importantes experiências são constituídas, como o projeto de saúde comunitária Murialdo, da Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre; experiências de medicina comunitária, como as de Montes Claros (MG), Lages (SC), Campinas (SP), Londrina (PR) e Niterói (RJ); e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que, inicialmente no Nordeste, oportuniza a expansão da rede ambulatorial (CONILL, 2008)<sup>6</sup>.

Com o reconhecimento constitucional da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado, institui-se o SUS<sup>7</sup> por meio das leis n. 8080/1990 e n. 8142/1990. No decorrer da implantação do SUS, em meados

<sup>5</sup> Implantado no Norte e Nordeste do Brasil (áreas estratégicas de produção de matéria-prima da borracha), locais em que se adotavam ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, sob a influência da medicina preventiva norte-americana, por meio de convênio com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

<sup>6</sup> No contexto de subsunção da política social às prerrogativas da política econômica de orientação neoliberal, Guimarães (2017) aponta que as experiências de estruturação e organização da APS acontecem no auge da crise dos sistemas de proteção social, transferindo responsabilidades do Estado para as famílias.

<sup>7</sup> Dentre os princípios do SUS estão: a universalidade no acesso à saúde sob a ótica do direito; a descentralização e a hierarquização dos serviços; a integralidade da assistência à saúde; a regionalização e a participação popular com o objetivo de ampliação da cidadania e da democracia.



das décadas de 1980 e 1990, a APS recebeu no Brasil a designação de “atenção básica”. Na Constituição Federal de 1988, na qual foi instituído o SUS, a atenção básica é definida no sistema público de saúde como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O que se observa na década de 1990 é a adesão ao projeto ideopolítico neoliberal, orientado pela lógica do Estado mínimo no que tange ao social. Ou seja, a política pública de saúde, compreendida como um direito social de cidadania, passa a enfrentar obstáculos na sua materialização. Portanto, desde o advento do SUS em 1990, diante dos desafios representados pela falta de acesso da população à política de saúde, o Estado brasileiro buscou reorganizar as práticas de saúde mediante a adoção de diferentes alternativas, com embates diversos e disputas entre o projeto de saúde de modelo universalista e o projeto privado de mercantilização da saúde. Em meio a um conjunto de fatores e disputas, em 1991 cria-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF). Tais programas assumem em sua fase inicial uma perspectiva focalizadora e seletiva, de caráter restritivo da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Uma expressão significativa das disputas na concepção fundante da APS no Brasil é a NOB-SUS 01/1996, que institui a concepção da estratégia de saúde da família (ESF), ou seja, estratégia para implementar a APS fundamentada em uma perspectiva ampliada e com o propósito de reestruturação do sistema de saúde e dos modelos assistenciais.

Já em 2006 (e atualizada em 2011) é elaborada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Dentre as suas contribuições, observa-se o reconhecimento da estratégia de saúde da família (ESF) como forma de reorganização e renovação da atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Situação oposta ocorreu na reformulação da PNAB em 2017, que trouxe alterações substantivas no que se refere ao aprofundamento dos desmontes e retrocessos sociais.

No caso do Distrito Federal, de acordo com Göttems (2010), desde a constituição da APS nos anos de 1970, o serviço passou por diferentes configurações e adequações, diante das alterações recorrentes a cada gestão governamental. Isso contribuiu para sua descontinuidade e desarticulação com a rede de serviços (em todos os níveis de complexidade), fragilizando as iniciativas de fortalecimento da APS local. O Plano Distrital de Saúde (2016-2019) destaca a necessidade do fortalecimento da ESF, definida como o modelo de organização da APS, com meta de expansão, qualificação e ampliação de equipes conforme as diferentes necessidades, demandas da população e particularidades locais, tais como: equipe de saúde da família, equipe de saúde rural, núcleo de apoio à saúde da família, unidades básicas de saúde, consultório na rua, dentre outros.

## O Serviço Social na atenção primária à saúde no DF

A área da saúde compõe historicamente um significativo espaço de atuação de assistentes sociais. No bojo da implantação do SUS e do reordenamento do modelo de atenção, tendo como referência a ESF, o processo de contratação de assistentes sociais ocorreu de forma tímida. Não sendo o Serviço Social incorporado na equipe mínima, manteve-se a tendência histórica de atuação profissional prevalentemente na média e alta complexidade. As tensões e contradições desse processo, bem como das configurações do mundo do trabalho, refletem-se de forma expressiva na atuação profissional, reconfigurando práticas tradicionais e em conformidade com o modelo assistencial biomédico-curativo. É em meio a esse contexto que o estudo enfatiza o trabalho de assistentes sociais na APS, buscando compreender a atuação profissional em conformidade com as configurações do mundo do trabalho e das políticas sociais na atual conjuntura.

No que se refere ao perfil profissional de assistentes sociais inseridos na APS do Distrito Federal, observa-se a predominância feminina como uma marca histórica da profissão (IAMAMOTO, 2009). Ademais, dentre as principais religiões professadas, estão o catolicismo, o protestantismo e o kardecismo. Todos os profissionais, sendo servidores públicos, possuem vínculo estatutário de trabalho, mas apenas um dos participantes tem uma jornada laboral de 20 horas semanais, já que os demais informaram que trabalham 40 horas semanais. Tal dado aponta desafios para a categoria profissional no que se refere à implantação da Lei n. 12.317/2010, que estabelece a jornada laboral de 30 horas semanais sem redução de salário para assistentes sociais, uma conquista recente que expressa a capacidade organizativa e as lutas coletivas do Serviço Social brasileiro. Sobre o perfil etário, são profissionais com idade superior a 28 anos e inferior a 59 anos.

No que tange ao tempo de atuação profissional, seja como assistente social em diversos espaços ocupacionais e áreas, seja somente na área da saúde, os dados obtidos pelo questionário revelaram o seguinte: dos 26 respondentes, apenas dois profissionais atuam na área da saúde há menos de dois anos; dois atuam entre quatro e cinco anos; 11 entre seis e sete anos; três atuam de oito a dez anos na área; outros três atuam de 11 a 15 anos; e cinco estão na área da saúde há mais de 16 anos.

Em relação à renda média individual, a remuneração varia entre sete e 16 salários-mínimos. Sobre a qualificação profissional, a maioria de profissionais participantes realizou formação no âmbito da pós-graduação, seja *lato sensu* (especializações), seja *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado), voltada para a área de Serviço Social, de política social e/ou relacionada à saúde (como saúde pública, saúde mental, saúde da família, saúde materno-infantil, dentre outros enfoques), além da residência multiprofissional.

Sobre o processo de formação continuada, os profissionais procuram manter-se atualizados no que diz respeito à profissão por meio de

participação em palestras, eventos, simpósios, fórum de supervisão de estágio, cursos, leituras de livros e artigos, congressos da categoria profissional e áreas afins, bem como por meio de oportunidades de formação oferecidas pela Gerência de Serviço Social, pelo Ministério da Saúde e pela SES-DF. Tais ações continuadas contribuem para a qualificação, o desenvolvimento de habilidades e de competências e para a apreensão histórico-crítica das múltiplas e complexas manifestações da “questão social”, a partir de aportes teórico-metodológicos e ético-políticos. Esses fornecem subsídios para a intervenção profissional, que se dá na concretude e na cotidianidade da realidade social.

Cabe ressaltar que, para Matos (2015, p. 685), o cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da sociabilidade, inclusive as relacionadas ao trabalho. Isso significa que um profissional qualificado dará respostas mais qualificadas para as demandas apresentadas. Se os valores emancipatórios do projeto ético-político forem de fato internalizados, as respostas profissionais serão emancipatórias, ou seja, estarão na contramão da sociabilidade burguesa que naturaliza a desigualdade social, estimula o preconceito e desqualifica os indivíduos que estão fora do padrão dominante.

Entretanto, nos relatos da entrevista semiestruturada, o estímulo à capacitação e formação continuada apresenta fragilidades. Se, por um lado, há incentivo por parte da Gerência de Serviço Social da SES-DF, por outro, a participação nos cursos e atividades está subordinada à liberação de cada gestão de unidade. Frente a essas questões, é importante a defesa e a implementação de políticas voltadas para uma formação crítica e permanente dos profissionais, com o escopo de superar, de acordo com as reflexões de Mota (2014), ações imediatistas e pragmáticas pautadas na lógica instrumental, gerencial, empirista, focalizada, a-histórica e de padronização dos procedimentos a partir da incorporação de manuais institucionais e auto-explicativos<sup>8</sup>.

Ainda sobre as diversas formas, estratégias e possibilidades de formação continuada, os profissionais retrataram a importância da residência multiprofissional em saúde e do estágio supervisionado como espaços de interlocução constante e aprendizado coletivo. A maioria de assistentes sociais supervisiona ou já supervisionou estágio em algum momento. Nos relatos, destacam o significado pedagógico do estágio no processo de formação; entretanto, expressam certas dificuldades e limitações institucionais para o recebimento de estagiários diante das condições de infraestrutura, da burocracia<sup>9</sup>, da precarização e da sobrecarga de trabalho.

<sup>8</sup> Bravo e Matos (2007) ressaltam a importância das diretrizes das profissões de saúde em enfatizar uma formação crítica e generalista, na perspectiva da Reforma Sanitária e do SUS, ou seja, uma formação não fragmentada e não meramente técnico-instrumental.

<sup>9</sup> Para Iamamoto (2009), a racionalidade burocrática, ao contrário daquilo que proclama, ou seja, a atenção aos interesses gerais da sociedade, na verdade se revela como irrealidade de um mundo invertido.

Em relação às ações e atividades profissionais desenvolvidas na APS foram sublinhadas as seguintes, seguindo uma ordem de maior recorrência: atendimento e orientação a indivíduos, grupos e famílias; visitas domiciliares e institucionais; elaboração de estudo e relatório social; reuniões da equipe multiprofissional; execução de políticas sociais; atividades de mobilização, organização e participação social; supervisão de estágio; elaboração de projetos sociais; monitoramento de planos, programas e projetos; e formulação, planejamento e avaliação de políticas sociais.

Tais ações apresentam-se revestidas da intencionalidade profissional fundamentada nos preceitos do projeto ético-político da profissão, mas também se colocam em meio às requisições e demandas institucionais em um contexto de contrarreforma na saúde em seu estágio aniquilador. De modo geral, as requisições institucionais estão centradas na doença, na responsabilização e na culpabilização do indivíduo, o que pode reforçar ações pragmáticas, fiscalizatórias, assistencialistas, burocráticas e restritivas no que se refere ao acesso aos direitos sociais. Isso requer de profissionais do Serviço Social uma apreensão crítica e comprometida ética e politicamente com as necessidades humanas e sociais da população.

Considerando as particularidades desse espaço ocupacional, assistentes sociais enfatizam a importância das atividades realizadas com grupos sociais, no sentido de discutir questões atinentes à saúde e aos direitos sociais. Vale salientar que as ações profissionais não são neutras ou possuem um fim em si (GUIMARÃES, 2017), já que o trabalho profissional se realiza na processualidade histórica, com direção, finalidades e escolhas entre as alternativas postas na concretude social. Tendo isso em vista, é possível compreender a dimensão político-pedagógica do exercício profissional de assistentes sociais, que pode tanto reforçar e reproduzir relações de dominação, quanto construir, a partir das ações cotidianas, alternativas concretas e comprometidas com valores emancipatórios.

Sobre os instrumentos técnico-operativos presentes no cotidiano das ações profissionais, foram destacados, seguindo a ordem de maior recorrência nas respostas: relatório social; orientação e encaminhamentos para a rede de proteção social; entrevista social; reuniões (com equipe, com famílias, com cuidadores); visita domiciliar e institucional; estudo social; parecer social e atas. Foi mencionado, também, o uso do Sistema Unificado de Informações de Saúde (TrakCare), que corresponde ao registro em prontuário eletrônico, além da incorporação cada vez mais recorrente do telefone celular com o recurso do *Whatsapp*. Diante dos relatos, é preciso atentar criticamente para uma tendência de sobreposição da dimensão técnico-operativa às demais dimensões profissionais, o que pode estimular e reproduzir práticas rotineiras, burocratizadas e imediatistas, dissociadas do projeto ético-político da profissão e da Reforma Sanitária.

De acordo com os depoimentos, o exercício profissional se faz na interface com os princípios e com a direção do projeto ético-político, se

expressando cotidianamente nos atendimentos; nas problematizações no ambiente de trabalho com a equipe multidisciplinar; na prestação de serviços de qualidade; na atuação comprometida com a democratização do acesso aos serviços e políticas sociais; e nas relações horizontais estabelecidas com os usuários e a equipe, por meio de posturas não arbitrárias e contrárias a todas as formas de preconceito e discriminação de gênero, raça, etnia, classe social, nacionalidade, religião e orientação sexual. Além disso, também nas questões pertinentes ao sigilo profissional, que, de modo a assegurar aos profissionais a confidencialidade sobre as informações dos usuários, resguarda o direito do usuário na relação com os demais profissionais da equipe<sup>10</sup>.

Com relação ao sigilo profissional, ao mesmo tempo em que relatam resguardá-lo, também observam a dificuldade em garantir efetivamente tal sigilo, tendo em vista a característica do trabalho realizado nas diferentes ramificações de serviços da APS, conforme se observa no respectivo depoimento profissional:

A dificuldade é o fato de relatar as visitas, as conversas, como, por exemplo, eu vou em uma visita com a equipe e as vezes é difícil você conseguir conversar com o cuidador porque está todo mundo dentro do quarto, e por ser um ambiente pequeno, não dá para ter uma conversa mais reservada com o cuidador. Então, eu tenho que esperar um dia que eu volte sozinha ou que eu marque um horário para conversar com a pessoa. Tanto que agora eu faço um registro separado e depois eu passo para o prontuário (AS-EAD 1).

O resultado da pesquisa empírica, no que se refere ao sigilo, também sugere a ocorrência de aspectos contraditórios e dificuldades na garantia desse preceito ético no âmbito da atenção à saúde no sistema prisional. Para assistentes sociais lotados nesse espaço ocupacional, o sigilo constitui uma dimensão de difícil materialização, diante das particularidades do local de trabalho. Com base nos relatos, existe a escolta durante o atendimento, ou seja, um agente penitenciário acompanha o usuário e o aguarda na porta, do lado de fora da sala. Por motivos de “segurança”, a porta não pode ser fechada. Desse modo, tal medida possibilita a escuta pelo agente penitenciário do que foi relatado, o que fragiliza o sigilo e a confidencialidade na relação entre assistente social e usuário.

A partir das narrativas, observa-se a existência de autonomia profissional junto à equipe; entretanto, os respondentes ressaltam que essa autonomia é relativa, uma vez que a falta de condições e infraestrutura adequadas para o trabalho inviabiliza a realização de várias atividades. Outro aspecto destacado se refere à fragilidade da rede de proteção social para a garantia de um atendimento integral e com qualidade para os usuários.

<sup>10</sup> De acordo com o Código de Ética do Assistente Social, de 1993, em seu Capítulo V (artigos 15, 16, 17 e 18), o sigilo profissional é reconhecido como um direito e um dever de assistentes sociais (CFESS, 2012).

Junto à equipe eu tenho autonomia, mas, o que freia tudo isso é que você fica limitada a uma estrutura de Estado. Chega uma hora que você fica desorientada do que vai fazer, porque a família precisa de tanto suporte que o Estado não está dando (AS-EAD 1).

A gente está sem telefone tem três meses. Eu uso muito celular, inclusive vivo sem crédito. Eu coloco e sempre acaba. Falta de carro também. Então isso tudo contribui para uma questão mais ampla de autonomia. Eu posso até querer, eu posso até achar que dá para fazer, mas não tem jeito (AS-CR 1).

É relativa, não tem tanto essa questão da interferência no atendimento que é feito, no material que é produzido, mas às vezes é para você desenvolver algum outro tipo de atividade que não é o atendimento individual, e aí você não tem muito apoio. Então, é uma autonomia relativa, você tem autonomia pra fazer? Tem, mas se efetivamente vai conseguir fazer... (AS-CS 3).

Os depoimentos contribuem para compreender a inserção profissional na arena contraditória da sociabilidade capitalista, pois assistentes sociais atuam cotidianamente nas relações conflituosas entre os interesses do capital e do trabalho (GUERRA, 2007). Por isso, se faz necessário analisar o exercício profissional sob o ângulo das determinações estruturais e conjunturais presentes na sociedade. A saúde é um espaço privilegiado de aprofundamento da democracia, da cidadania e das lutas de classes (BRAVO, 2007), em que estão postos projetos em disputa: de um lado, um projeto privatista, orientado pela ortodoxia neoliberal, e, de outro, o projeto da Reforma Sanitária, consubstanciado na defesa da saúde pública como direito universal de cidadania.

A pesquisa também identificou, por meio dos relatos profissionais, um processo de intensificação e precarização do trabalho de assistentes sociais. Os respondentes avaliam criticamente as condições degradantes às quais estão submetidos, em uma conjuntura de falta de materiais básicos para o exercício da profissão, como a falta de papel, de carro, de telefone, de computador, de salas para atendimento individual, dentre outros insumos e recursos indispensáveis para a realização das atividades cotidianas.

Falta papel, coisas básicas como toner, luva, lençol, o telefone está cortado há um mês. A gente não tem carro da instituição. Somos em 8 dentro daquela salinha, e aí quando vamos fazer atendimento individual é uma batalha para conseguir consultório vazio. Tipo a gente tem que ver quem é que está de folga. Para fazer atendimento específico é difícil, mas a gente dá conta, tem que ser muito criativo para trabalhar na saúde (AS-Nasf 1).

A gente fica frustrada em algumas coisas, como, por exemplo, falta de material. Queremos comprar um quadro agora, desses para escrever, falta a parte de suprimento. Não tem apoio da Secretaria em algumas

coisas. Essa coisa do carro mesmo, pega muito, porque se acontece alguma coisa com a gente no meio da rua, a Secretaria não quer saber se o carro estragou, se você foi baleada fazendo a visita, então também não tem segurança nesse sentido (AS-Nasf 2).

Não só para o Serviço Social, mas para todos da equipe, o espaço é muito ruim, nós não temos espaço aqui. É insalubre, pequeno, a equipe é muito grande com pouco espaço (AS-EAD 2).

Com base nos depoimentos, observa-se que a indisponibilidade de carro e motorista para a execução do trabalho nas unidades e serviços da APS tem levado ao uso do veículo particular dos profissionais para realizar visitas domiciliares e institucionais. No caso da disponibilidade do transporte pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), há situações em que a função de condutor-motorista do veículo oficial é transferida ao profissional de saúde, expressando a polivalência no mundo do trabalho. Outro dado recorrente nas falas de assistentes sociais é o uso de recursos e materiais próprios para a realização do trabalho, especialmente do carro particular, do computador e do telefone celular.

A gente faz visita normalmente a pé porque é perto da área. Mas quando é para fazer visita intersetorial ou mais longe é no carro próprio mesmo (AS-Nasf 1).

Atualmente não tenho telefone, mas já tenho computador. Sempre fiquei sem computador, sempre levei o meu computador. Aí quando tem o computador, tiraram o telefone. Estou sem telefone e com computador agora (AS-SP 3).

Ainda sobre as questões que envolvem as atividades realizadas, é recorrente nas narrativas a condição desgastante do trabalho profissional. Cabe considerar que o aprofundamento das medidas neoliberais de austeridade e ajuste fiscal se traduz de modo significativo na esfera das condições de trabalho ao desencadear processos desgastantes e de adoecimento da classe trabalhadora. Trata-se de uma situação também vivenciada por assistentes sociais que atuam na APS do Distrito Federal.

De acordo com os depoimentos, situações que desencadeiam formas desgastantes de trabalho de assistentes sociais são recorrentes, tendo em vista as requisições, cobranças, pressões, sobrecarga, metas de produtividade e número reduzido de profissionais para o atendimento das demandas, que são cada vez mais ampliadas e complexificadas diante da agudização da “questão social”. Os participantes da pesquisa, a partir de uma perspectiva crítica, não restringem essa problemática ao profissional de Serviço Social, considerando as questões estruturais e conjunturais do mundo do trabalho no capitalismo. Porém, discorrem sobre certas particularidades no âmbito da atuação de assistentes sociais, que se diferenciam de outros

profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, como a necessidade de tempo prolongado no atendimento aos usuários. Isso porque, em muitas situações, o atendimento introdutório se desdobra em outras atividades, tais como realização de contatos com a rede socioassistencial, visitas institucionais, encaminhamentos etc.

Muitas vezes a gente tem um volume de trabalho maior, me demanda entrar em contato com três ou quatro locais no mínimo, articular com várias coisas, para ver se dá certo ou não. Então isso aumenta muito o trabalho, não tem condição, a energia que você gasta em cada atendimento (AS-CR 1).

Cobrança, pressão, porque a gente trabalha com pessoas em situação de rua, pessoas dependentes do álcool e outras drogas, sofrimento mental. E você percebe que não está preparada para atender e isso demanda outro serviço. Então há uma cobrança muito grande (AS-EAD 2).

Faz um atendimento e muitas vezes ele começa quando a pessoa vai embora, porque tem desdobramentos de articulação que vai ter que fazer, de sentar com a equipe e discutir. Então, isso me exaure as forças, as energias. Enquanto o atendimento de um médico dura 15 minutos, o nosso atendimento mínimo é de 30 minutos e olhe lá (AS-CS 1).

Eu fico sobrecarregada. Dentro do meu horário de trabalho eu não estou conseguindo resolver tudo aquilo que preciso. Tem mais demandas de pessoas para serem atendidas. A pobreza aumentou, as relações estão mais difíceis, a criminalidade aumentou e isso tudo faz com que a demanda de trabalho aumente. Você vê a questão do envelhecimento, a questão do sofrimento mental, a dependência de álcool e outras drogas. E associado a isso aumentou a demanda por serviço, mas não aumentou o número de profissionais. Então, acaba tendo uma sobrecarga de trabalho (AS-EAD 1).

Em um contexto de profundas alterações na política de saúde, por meio de privatizações<sup>11</sup>, ameaças aos direitos sociais, agravamento das expressões da “questão social” e de alterações substantivas no mundo do trabalho, assistentes sociais, na condição de trabalhadores assalariados (RAI-CHELIS, 2011), se deparam com inúmeros desafios no exercício cotidiano do seu labor. Isso acontece porque o mundo do trabalho se revela cada vez mais degradante, intensificado, adoecido e precarizado, atingindo o modo de ser da classe trabalhadora em suas dimensões objetivas e subjetivas. Nesse caso em análise e extraído da pesquisa de campo, trata-se de assistentes sociais, categoria profissional que compõe o conjunto da classe trabalhadora assalariada e que, ao vender a força de trabalho em troca de salário para

<sup>11</sup> Dentre as medidas de privatização da política de saúde no Brasil, sob a orientação do Banco Mundial e do capital financeiro, estão as organizações sociais, as fundações de direito privado, a implantação da EBSERH e os planos populares de saúde. Estes ameaçam o SUS, representando a derruição de direitos conquistados. Emerge nessa conjuntura de ataques aos direitos sociais um discurso do SUS possível (GUIMARÃES, 2017).



sua sobrevivência, não está isenta dos efeitos devastadores e dos desdobramentos estruturais e conjunturais do mundo do trabalho na sociabilidade capitalista.

### **Considerações finais**

As transformações societárias recentes que alteram o mundo do trabalho, da cultura, da política, da economia, da ciência e da tecnologia incidem concomitantemente na forma e no modo de ser das profissões, modificando-as de acordo com os contornos estruturais e conjunturais da sociabilidade. Nessa linha interpretativa, o Serviço Social, como profissão e especialização do trabalho coletivo – que na trama contraditória atende a finalidades e necessidades sociais advindas do capital e do trabalho –, também passa por transformações no interior do seu processo de formação e no exercício profissional.

Nos anos recentes, os espaços ocupacionais de intervenção profissional foram expandidos e ao mesmo tempo modificados. Em uma realidade em transformação contínua, as manifestações radicalizadas da “questão social” apontam para o Serviço Social requisições múltiplas, o que exige da categoria profissional, a partir do cotidiano de trabalho e das demandas emergentes, uma apreensão crítica das determinações sócio-históricas, de forma a não reproduzir ações discriminatórias, preconceituosas, moralistas, conservadoras e punitivas. Por isso, é fundamental analisar o Serviço Social no processo de produção e reprodução das relações sociais no capitalismo (IAMAMOTO, 2008, 2009).

A pesquisa realizada com assistentes sociais inseridos na APS no Distrito Federal permitiu uma aproximação ao cotidiano profissional de modo a apreender limites e possibilidades que se apresentam na atuação do Serviço Social, tendo em vista um contexto complexo de precarização do trabalho e de redução e/ou cortes do orçamento do Estado com as políticas sociais, dificultando e até inviabilizando o acesso da população aos direitos e serviços sociais. Essa realidade, por meio de medidas neoliberais de austeridade e privatizações, coloca em risco as condições objetivas de sobrevivência da população mais pauperizada, agravando as sequelas da “questão social”, objeto de investigação e intervenção do Serviço Social.

Portanto, sem pretensões de esgotar o debate de um tema candente e complexo, diante dos limites e do recorte investigativo, os resultados obtidos apontam para a necessidade de estudos que aprofundem o assunto, abordando o Serviço Social a partir do *sujeito vivo* da ação profissional (RAICHELIS, 2011), ou seja, assistentes sociais, que, inseridos em processos coletivos de trabalho, lidam cotidianamente com as agruras estruturais e conjunturais postas pela sociabilidade capitalista.

**Referências**

- ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S. (org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S. (org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.
- CFESS. *Código de ética do/a assistente social*. Brasília: CFESS, 2012.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 218, de 6 de março de 1997*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, 2009.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GÖTTEMS, L. B. D. *Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de Saúde (1979 a 2009)*. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2016-2019 – Parte I e Parte II*. Brasília, março de 2016.
- GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 28, n. 91, 2007.
- GUIMARÃES, E. M. de S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 130, 2017.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011.

MATOS, M. C. de. Assistente social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. *Revista Interações*, n. 17, 2009.

MATOS, M. C. de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, 2015.

MOTA, A. E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 120, 2014.

NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S. (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, jul./set. 2011.

DOI: 10.12957/rep.2019.45243

Recebido em 25 de junho de 2018.

Aprovado para publicação em 13 de agosto de 2018.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.