

## **Serviço Social e Educação em Saúde:** caminhos para uma compreensão ampliada de saúde

Marília Bezerra Rodrigues<sup>1</sup>, Maria do Livramento Alencar de Holanda<sup>2</sup>

### **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo geral compreender as perspectivas das/os assistentes sociais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do município de Iguatu-CE quanto à utilização da educação em saúde como instrumento de trabalho do Serviço Social. O processo de pesquisa deu-se por meio de pesquisa de campo com abordagem qualitativa; utilizou-se como técnica de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e as informações coletadas foram analisadas e sistematizadas com base na técnica de análise de conteúdo. A partir dos achados da pesquisa, evidenciam-se algumas potencialidades quanto à utilização da educação em saúde, tais como: o fato de constituir espaços potentes no processo de desconstrução do modelo de saúde medicalocêntrico; proporcionar um ambiente de troca e construção de saberes junto aos usuários quanto às diversas formas de cuidado; o seu importantíssimo papel no incentivo à organização e participação popular, entre outras. No que se refere especificamente ao uso da educação em saúde como instrumento técnico-político do serviço social, viu-se que essas práticas dialogam diretamente com a dimensão pedagógica da profissão, bem como com o projeto ético-político do serviço social, na medida em que se busca construir uma educação em saúde emancipatória, baseada no respeito da autonomia dos sujeitos.

### **Palavras-chave**

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Educação em Saúde. Serviço Social.

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família e Comunidade, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil; assistente social da Secretaria de Educação de Pedra Branca, Ceará, Brasil. E-mail: marilia.b.rodrigues@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil; assistente social da Secretaria de Saúde de Iguatu, Ceará, Brasil. E-mail: liliholanda@uol.com.br.

## **Social Service and Health Education: paths towards an expanded understanding of health**

Marília Bezerra Rodrigues<sup>3</sup>, Maria do Livramento Alencar de Holanda<sup>4</sup>

### **Abstract**

The present study has as its general objective to understand the perspectives of the social workers of the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB) in the municipality of Iguatu - CE regarding the use of health education as a work tool for Social Work. The research process took place through field research with a qualitative approach; semi-structured interviews were used as a data collection technique; and the information collected was analyzed and systematized based on the content analysis technique. From the research findings, some potentialities regarding the use of health education are evidenced, such as: the fact that they constitute powerful spaces in the process of deconstruction of the medical-centric health model; to provide an environment for exchange and construction of knowledge with users regarding the various forms of care; their very important role in encouraging popular organization and participation, among others. With regard specifically to the use of health education as a technical political instrument of social work, it was seen that these practices dialogue directly with the pedagogical dimension of the profession, as well as with the ethical-political project of social work, insofar as which it seeks to build an emancipatory health education, based on respect for the autonomy of subjects.

### **Keywords**

Family Health and Primary Care Expanded Nucleus. Health education. Social service.

---

<sup>3</sup> Specialist in Family and Community Health, in the Multiprofessional Residency in Health modality, Escola de Saúde Pública do Ceará, State of Ceará, Brazil; social worker at the Education Department of Pedra Branca, State of Ceará, Brazil. E-mail: marilia.b.rodrigues@hotmail.com.

<sup>4</sup> Master in Health Teaching, State University of Ceará, State of Ceará, Brazil; social worker at the Health Department of Ceará, State of Ceará, Brazil. E-mail: liliholanda@uol.com.br.

## **Introdução**

Até meados do século 20, o acesso à saúde era enxergado apenas sob o prisma do modelo privatista dominado por um complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico, baseado no atendimento privado, com foco exclusivamente na medicalização e cura da doença. Além disso, só quem tinha direito a esses atendimentos eram os trabalhadores com carteira assinada e os seus dependentes, ficando o restante da população à mercê da caridade de Santas Casas de Misericórdia mantidas pela Igreja (BRAVO, 2006). Segundo Bravo (2006), foi então em 1970, em plena ditadura militar e efervescência de movimentos sociais, que surgiu o Movimento da Reforma Sanitária (Movimento Sanitarista). Composto por usuários e profissionais de saúde, esse movimento questionava o modelo de saúde vigente até então, e reivindicava a construção de um sistema de saúde público e de qualidade, com equidade e que fosse controlado pela sociedade.

Dessa forma, depois de muita luta do movimento sanitarista, no final da década de 1980, em meio ao processo de redemocratização que o país vivenciava após um longo período de ditadura, conquistou-se a vitória do Sistema Único de Saúde (SUS) ser enfim instituído, junto à promulgação da Constituição Federal de 1988. Com isso, o acesso ao atendimento público em saúde passou a ser encarado como direito de todos e dever do Estado, sob os princípios da universalidade do acesso, da equidade no atendimento, da integralidade da atenção, da participação da comunidade, da descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços (BRASIL, 1988).

Nesse cenário, visando à reorganização do SUS e à intensificação da municipalização da atenção à saúde, em 1991 foi implementado o Programa de Agentes Comunitários (PACs), que tinha como principal objetivo selecionar e capacitar agentes comunitários de saúde na comunidade, ficando cada agente responsável por um número de famílias do território. Posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) em nível de Atenção Primária à Saúde (CAMPOS, 2013).

Atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), mais conhecida como a “porta de entrada” do SUS, o PSF deixou de ser um programa pontual e passou a ser encarado como uma estratégia de cuidado que integra o modelo de atenção à saúde no SUS e tem como proposta, segundo Campos (2013), romper com o modelo tradicional hospitalocêntrico e descentralizar a saúde para mais perto das famílias, levando mais qualidade de vida para a população.

Nesse sentido, no intuito de apoiar as equipes da ESF e ampliar a resolutividade da

atenção primária, agregando profissionais de distintas áreas ao cuidado na atenção primária, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ano de 2008, mediante a Portaria GM nº 154 que, mais tarde, com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017, passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O caderno de Atenção Básica nº 27, que trata sobre as diretrizes do NASF explica que o núcleo deve ser composto por equipe multiprofissional, de maneira que profissionais de diferentes áreas do conhecimento (nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, entre outras) atuem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, “compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF [...]. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF” (BRASIL, 2010, p. 7).

Portanto, nota-se que o modelo de saúde pública que nasce a partir da consolidação do SUS tem como norte uma saúde na perspectiva integral, que vai para além da ausência de doenças, e que busca dialogar com o contexto social, cultural, político e econômico em que os processos de adoecimento se desenvolvem. Junto a essa nova concepção de saúde, passam a ganhar destaque ações de prevenção, promoção e educação em saúde, sendo esta última um dos instrumentos de trabalho dos profissionais de saúde, dentre eles os/as assistentes sociais.

Diante desse contexto e partindo da vivência como assistente social residente em Saúde da Família e Comunidade que compôs uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no município de Iguatu-CE, algo que chamou bastante atenção foi a potencialidade dos espaços de educação em saúde no processo de promoção de saúde e fortalecimento da autonomia dos sujeitos envolvidos, por meio do acesso a informações pertinentes ao processo de saúde-doença, desconstrução e reconstrução de conceitos e, sobretudo, da troca de saberes entre profissionais e usuários.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo geral compreender as perspectivas das/os assistentes sociais dos NASF-AB do município de Iguatu-CE quanto a sua atuação na educação em saúde como instrumento técnico-político de trabalho profissional do Serviço Social no âmbito da saúde. Para se chegar a esse objetivo geral foram elencados três objetivos específicos: 1) Identificar as potencialidades e os desafios que as/os profissionais visualizam a respeito das práticas de educação em saúde no seu exercício profissional; 2) Descrever as principais atividades realizadas pelas/os assistentes sociais nos espaços de educação em saúde; 3) Refletir sobre a relação entre as atividades de educação em saúde e o Projeto Ético Político da profissão.

Acredita-se na relevância da pesquisa para a política de saúde, principalmente diante do atual retrocesso que acomete a política de Atenção Primária, tanto com a aprovação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, como com a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que deixa a critério da gestão municipal manter ou não as equipes de NASF-AB nos municípios.

Diante desse atual contexto de desmontes, espera-se que o estudo constitua subsídio para o fortalecimento do papel interdisciplinar, preventivo e coletivo dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e mais especificamente para os processos de trabalho dos/das assistentes sociais dos núcleos, despertando o olhar profissional para os espaços de educação em saúde como um potente instrumento técnico-político da profissão.

No campo teórico do Serviço Social, observa-se que se faz pertinente o estudo dessa temática, haja vista que a dimensão socioeducativa da profissão é cada vez mais demandada dos profissionais nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, como é o caso dos serviços de saúde, em que as atividades socioeducativas ganham o nome de educação em saúde. Inclusive, vale salientar que as ações socioeducativas fazem parte de um dos eixos que compõem os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2010.

## **Metodologia**

Por entender a realidade social como um todo dinâmico e contraditório formado por sujeitos singulares e coletivos que são simultaneamente autores e atores da história, o caminho metodológico do presente estudo foi trilhado à luz do método histórico crítico dialético, proposto por Marx.

Netto (2011) explica que esse método parte da premissa de que o conhecimento inicia a partir do real e do concreto observados e/ou experienciados pelos sujeitos, e que a partir de progressivas análises e abstrações, relacionando as dimensões objetivas e subjetivas que o permeiam, chega-se a conceitos, ou seja, a elaboração do conhecimento propriamente dito.

Dessa forma, o método histórico crítico dialético permitiu uma apreensão mais completa do objeto estudado, contextualizando-o no tempo e no espaço a partir de uma análise crítica reflexiva, ou seja, olhando para ele na sua totalidade. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de campo. Nesse tipo de pesquisa, tanto a análise do

objeto assim como a coleta de dados é desenvolvida diretamente onde os fenômenos acontecem (SEVERINO, 2007).

No que se refere à abordagem utilizada, optou-se pela abordagem qualitativa por acreditar que ela seria a mais adequada para alcançar o objetivo da pesquisa, haja vista que esse tipo de abordagem permite conhecer a concepção dos próprios sujeitos sobre as suas experiências (MINAYO, 2009). Logo, possibilitou desvendar a visão que os/as assistentes sociais dos NASF-AB têm acerca das suas vivências cotidianas nos espaços de educação em saúde.

O cenário em que se realizou o estudo foi o município de Iguatu, localizado na região Centro-Sul do estado do Ceará, distante 365 km da capital Fortaleza. No âmbito da Regionalização da Saúde do estado do Ceará, o município compõe a 18ª Área Descentralizada de Saúde (ADS), sendo a cidade pólo, e integra hoje a Superintendência Regional do Cariri.

Os sujeitos da pesquisa foram os/as profissionais de Serviço Social que fazem ou fizeram parte de equipes de NASF-AB no município, entre os anos de 2015 a 2020, incluindo profissionais residentes. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes requisitos: a/o profissional ter atuado no mínimo seis meses em alguma equipe de NASF-AB do município e aceitar por livre consentimento participar da presente pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Consequentemente, os critérios de exclusão foram ter feito parte de alguma equipe de NASF-AB por um período inferior a seis meses ou se recusar a participar da pesquisa.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a de entrevista, que, conforme Gil (2008), basicamente consiste em um diálogo, em que uma das partes tem como objetivo coletar dados, e a outra é a sua principal fonte de informações.

Desse modo, tendo em vista o contexto de pandemia do novo coronavírus, foram aplicadas entrevistas semi estruturadas de maneira remota com um total de 6 (seis) assistentes sociais, cujos relatos foram gravados, transcritos e, posteriormente, analisados e sistematizados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), que se organiza basicamente em 3 (três) etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Com base no que é preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que especifica os cuidados e as responsabilidades da pesquisa com seres humanos, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual os/as participantes foram esclarecidos/as sobre os objetivos, a relevância, o sigilo e os

riscos mínimos do estudo.

Salienta-se, por fim, que o projeto de pesquisa referente ao presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE, e por ele aprovado, por meio da Plataforma Brasil, com CAAE nº 31539120.6.0000.5037.

## **Resultados e Discussão**

### **“As dores e as delícias” da Educação em Saúde**

Palavra não é privilégio de algumas pessoas, mas o direito de todos.

(Paulo Freire)

Além de despertar para uma concepção mais ampla de saúde, com o advento do SUS, o modelo de saúde preventiva passou a ganhar mais evidência em relação à saúde curativa, por meio do fortalecimento de ações de promoção e prevenção em saúde. Nesse cenário, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde, dentre eles as/os assistentes sociais, começou a ganhar destaque.

Santos e Senna (2017) colocam que iniciativas como a implantação da ESF e a institucionalização das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) 2006), de Promoção da Saúde (2006) e de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (2012) contribuíram para o fortalecimento da Educação em Saúde na segunda metade do ano 2000. Destaca-se também nesse processo a criação dos NASF em 2008, quando a educação em saúde ocupa espaço de centralidade na agenda de trabalho.

No que se refere ao papel da educação em saúde no processo de cuidado, todas as assistentes sociais entrevistadas afirmaram que esses espaços se apresentam como um importante mecanismo para a desconstrução do modelo de saúde curativista, individualista e medicalocêntrico, ainda extremamente presente, tanto no imaginário dos usuários que procuram os serviços como de alguns profissionais da saúde. É o que podemos observar nas falas a seguir:

A curtos passos, a gente vinha avançando, fazendo com que eles entendessem que a saúde, o PSF não é só você ir pegar receita, ou passar pelo médico, ou enfermeiro, mas pensar nisso da prevenção, de entender esse processo de saúde-doença, entendendo que conhecimento também

viabiliza outros caminhos que podem nos levar à qualidade de vida melhor. (ENTREVISTADA 1)<sup>5</sup>.

Como potencialidades, eu vejo o alargamento do que é o processo saúde-doença. A gente sair desse processo do adoecimento apenas como o adoecimento biológico, porque isso permite aos usuários e até mesmo aos profissionais de perceber para além que o ter saúde está ligado a outras questões também, está ligado ao saneamento básico, à alimentação, à moradia, o próprio acesso à informação. (ENTREVISTADA 3)<sup>6</sup>.

Dessa maneira, a partir das discussões levantadas nos espaços de educação em saúde, as profissionais procuram despertar o olhar dos usuários para o fato de que a saúde está para além da doença em si, para os determinantes e condicionantes de saúde, e que não só o acesso aos serviços, mas também o acesso à informação é fundamental para uma vida de qualidade.

Além disso, outros pontos de extrema importância foram colocados como potencialidades desses espaços, tais como: identificar demandas individuais até então desconhecidas, estimular o autocuidado e a corresponsabilização no cuidado em saúde, realizar trabalhos em articulação com outras políticas públicas, formação/fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários, aproximar os equipamentos de saúde da comunidade, poder sair dos muros da unidade de saúde e ocupar outros espaços do território (escolas, grupos do CRAS, associações comunitárias, etc), fomentar o pensamento crítico e a autonomia dos usuários e, sobretudo, ouvi-los, quais as necessidades deles, angústias e saberes.

Também é o nosso papel estar disparando esse pensar crítico com ele, sobre a sua condição, esse cuidado em saúde de forma mais libertadora, com emancipação, com respeito. Não é chegar e injetar um determinado procedimento, obrigar de maneira compulsória, regular a vida do usuário. Então é isso, a educação em saúde é uma forma de fortalecer a autonomia dos usuários, de conhecer melhor a realidade social e cultural das famílias, e de ouvir o que eles almejam, as necessidades deles. (ENTREVISTADA 2)<sup>7</sup>.

Esse aspecto apresentado dialoga com o que o pensamento de Paulo Freire propõe para o processo educativo, tal como o de educação em saúde. Para o pensador pernambucano, esse processo não deve ser algo imposto de cima para baixo, como se o educando fosse um “saco vazio” pronto para apenas receber informações, mas, sobretudo,

---

<sup>5</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 1, em 15 de julho de 2020.

<sup>6</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 3, em 20 de agosto de 2020.

<sup>7</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 2, em 18 de agosto de 2020.

um processo de troca, em que ambas as partes (educando e educador) têm a oferecer e a contribuir. De tal forma que “um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando” (VASCONCELOS, 2007, p. 21).

Contudo, ainda são predominantes no cenário atual práticas de educação em saúde pautadas em mera transmissão de saberes e imposições de hábitos tidos pelos profissionais como saudáveis, sem levar muito em consideração a realidade de vida e de saúde dos sujeitos, assim como os seus saberes, formas de cuidado e de auto-organização.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, as entrevistadas também apontaram os espaços de educação em saúde como potente mecanismo de incentivo à participação social, mesmo porque, segundo Abreu (2009), historicamente, a mobilização social e a organização são elementos constitutivos das práticas educativas desenvolvidas pelo assistente social, e vinculam-se a projetos profissionais e societários. No caso do Serviço Social, desde os anos 1980 e 1990, o Projeto Ético Político da profissão segue comprometido com os interesses da classe trabalhadora. Sobre esse aspecto, destacam-se as seguintes falas:

Hoje eu diria que ela (a educação em saúde) é mais que necessária para trabalhar essa perspectiva da reivindicação, de compreender o cenário, de compreender porque tem uma PEC 95 que congela os investimentos na saúde e na educação, de compreender porque dentro dos territórios não tem um saneamento básico, a questão das habitações, doenças de outros séculos que ainda são identificadas, que tem a ver com uma moradia que não tem as condições mínimas de você ter uma vida mais saudável. (ENTREVISTADA 3)<sup>8</sup>.

[...] perceber a educação em saúde enquanto possibilidade de transformação do real é perceber a educação em saúde dentro de um projeto de sociedade que a nossa profissão defende, então, a educação em saúde ela é potencializadora dos elementos que irão questionar as relações como elas estão e que vão fazer com que os usuários também percebam que eles não têm possibilidade de mudar aquela condição sozinhos. (ENTREVISTADA 6)<sup>9</sup>.

Portanto, percebem-se inúmeras potencialidades nos espaços de educação em saúde, porém, é certo também que vários desafios são postos no cotidiano profissional para o desenvolvimento dessas atividades. Sobre os aspectos dificultadores, as entrevistadas destacaram a escassez de material de expediente para a realização de metodologias diferenciadas; a resistência de algumas categorias aos momentos de planejamento das

---

<sup>8</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 3, em 20 de agosto de 2020.

<sup>9</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 6, em 27 de outubro de 2020.

atividades, segundo elas, em decorrência do imediatismo inerente a algumas formações; a falta de transporte exclusivo para cada NASF-AB, sendo necessário desmarcar algumas atividades de última hora por não ter como chegar até a localidade; a dificuldade da equipe de referência em conseguir participar das atividades de educação em saúde, por estar, na maioria das vezes, imersa em uma rotina de trabalho produtivista e burocrática; e a “falta de interesse”, tanto de usuários como de alguns profissionais por esses espaços.

Outra questão é buscar fortalecer a compreensão de que a educação em saúde também é uma estratégia de cuidado em saúde, de forma coletiva. Educação em saúde não é só um repasse de informação, mas um momento coletivo, de participação, é um momento de libertação, um momento de cuidado em saúde. Isso ainda não é visto, muitas vezes, é compreendido como perda de tempo, que não é importante. (ENTREVISTADA 2)<sup>10</sup>.

No entanto, as entrevistadas reforçaram a importância de não cairmos num processo de culpabilização dos sujeitos por essa suposta “falta de interesse”, haja vista que o modelo de saúde curativista e individualista ocupa historicamente um lugar central no cuidado em saúde, e desde a promulgação do SUS segue em constante processo de desconstrução, que diz respeito a todos os sujeitos envolvidos: gestores, profissionais e usuários.

A educação em saúde acaba incentivando bastante o protagonismo do usuário no cuidado à saúde, essa corresponsabilização no cuidado em saúde. O que é algo até contra hegemônico dentro da saúde da família, que acaba sempre reforçando muito a questão da centralidade médica. E aí como é que a gente quer cobrar desse usuário responsabilidade pela sua saúde se, ao mesmo tempo, a gente reforça essa subalternidade de conhecimento dele. (ENTREVISTADA 2)<sup>11</sup>.

Neste sentido, é importante reforçar uma educação em saúde que fortaleça a autonomia dos/as usuários/as e que os/as insiram na construção das estratégias de cuidado (individual e coletivo), por meio de seus conhecimentos e/ou experiências, para que, assim, possamos nos distanciar cada vez mais dessa saúde excludente, medicalocêntrica e que insiste em ignorar o papel do sujeito no seu processo de cuidado.

---

<sup>10</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 2, em 18 de agosto de 2020.

<sup>11</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 2, em 18 de agosto de 2020.

## **A Educação em Saúde como instrumento técnico-político de trabalho do Serviço Social no NASF-AB**

Ninguém liberta ninguém, as pessoas se libertam em comunhão.

(Paulo Freire)

O Serviço Social se apresenta como uma prática profissional de caráter investigativo-interventivo, tendo como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social. Iamamoto (2011) define a questão social como uma categoria que expressa a desigualdade social inerente ao modo de produção capitalista, marcado pelo caráter coletivo da produção em contraposição à apropriação privada da riqueza produzida por uma minoria que detém os meios de produção.

Nesse contexto, com base na autora supracitada, cabe ao profissional de Serviço Social intervir junto às mais diversas formas de manifestação dessa desigualdade (miséria, desemprego, discriminação, violência, falta de moradia, abandono, dentre outros), por meio da viabilização de acesso dos usuários às políticas públicas, pautando-se na garantia e universalização dos direitos sociais, bem como no fortalecimento da participação popular na luta pela efetivação e ampliação desses direitos.

Quanto à atuação dos/as assistentes sociais na política pública de saúde, observa-se que o projeto profissional do Serviço Social no âmbito da saúde vai ao encontro do que defende o projeto da Reforma Sanitária, tendo em vista que além da busca pela universalização dos direitos, o cuidado em saúde exercido por essa categoria busca partir sempre de um olhar para além da doença em si, cuidando do indivíduo na sua integralidade e dialogando com a concepção ampla de saúde defendida pelo SUS, que a entende como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (CFESS, 2010).

Dessa maneira, pode se dizer que a atuação desses profissionais na saúde se relaciona diretamente com a dimensão dos chamados determinantes e condicionantes sociais de saúde, pontuados na Lei Orgânica da Saúde, a saber: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Ademais, não poderíamos deixar de ressaltar aqui a dimensão pedagógica da profissão que, como bem coloca Abreu (2009, p. 594), “inscreve a prática profissional no campo das atividades educativas formadoras da cultura, ou seja, atividades formadoras de

um modo de pensar, sentir e agir, também entendido como sociabilidade”. Como já foi dito anteriormente, essas práticas educativas desenvolvidas pelas/os assistentes sociais, assim como qualquer outra competência profissional, devem estar em consonância com o compromisso ético político da profissão em relação aos interesses da classe trabalhadora e a defesa da liberdade com valor ético central.

O documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*, elaborado pelo CFESS (2010), traz as ações socioeducativas, que na saúde costumam receber o nome de educação em saúde como uma das atribuições do assistente social que compõem o eixo do atendimento direto aos usuários. Esse documento se divide em quatro grandes eixos: Atendimento Direto aos Usuários (Ações Socioassistenciais, Ações de Articulação com a Equipe de Saúde e Ações Socioeducativas); Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2010).

Logo, pode-se afirmar que as ações de Educação em Saúde possuem grande destaque dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais nos equipamentos de saúde, principalmente em nível de Atenção Primária, compondo as equipes de NASF-AB. No entanto, Santos e Senna (2017) explicam que tipo de Educação em Saúde deve ser defendido e adotado pela categoria no seu exercício profissional:

[...] que a Educação em Saúde não se operacionaliza pela mera transferência de informação, o que reforça a subalternização dos usuários, mas, ao contrário, pode contribuir para enfatizar a participação social dos usuários e produzir conhecimento crítico da realidade. Torna-se fundamental, desse modo, que o profissional de Serviço Social priorize ações coletivas que democratizem informações e conhecimentos necessários para a promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir de uma prática educativa crítica, que fortaleça a autonomia dos sujeitos e que seja construída por dois sujeitos sociais: profissionais e usuários (SANTOS; SENNA, 2017, p. 440).

Logo, entendendo educação em saúde a partir dessa ótica emancipadora e de fortalecimento da autonomia dos sujeitos, que dialoga diretamente com a proposta de educação popular freireana, há de se concordar com os autores e com as profissionais entrevistadas que esses espaços se apresentam como potentes instrumentos de trabalho do profissional de Serviço Social no âmbito da saúde, não apenas sob uma perspectiva técnica, mas, sobretudo, dialogando com a dimensão ético-política da profissão, que tem a liberdade como valor ético central (SANTOS; SENNA, 2017).

Nesse sentido, todas as profissionais entrevistadas acreditam haver completa relação

entre a utilização das atividades de educação em saúde como instrumento técnico- político de trabalho do Serviço Social e o Projeto Ético Político da profissão. Elas explicam:

Eu entendo que toda intervenção que a gente faz, toda atividade, toda ação está correlacionada com o nosso Projeto Ético Político, pois, a partir do momento que a gente imprime uma direção social a essas atividades, seja qual for a atividade que nós estivermos desenvolvendo, o nosso saber adquirido na nossa formação, as nossas defesas enquanto categoria profissional, elas são colocadas nesses espaços, e então na educação em saúde não é diferente. (ENTREVISTADA 2)<sup>12</sup>.

Com certeza tem total relação. A partir do momento que você escolhe lá com os usuários e usuárias uma determinada temática para ser trabalhada, que você pensa como irá conduzir essa discussão, pensa em um determinada metodologia etc., ali já estão sendo feitas escolhas. No momento que você dá direcionamento para aquela discussão, por exemplo, de perceber que a violência contra a mulher não é simplesmente a violência física, ela tá ancorada num machismo, num patriarcado, em uma sociabilidade que nos condicionou, nos limitou a um determinado comportamento [...]. Logo, é um instrumento sem dúvida técnico político, técnico no sentido mesmo da construção, dos elementos pensados, operacionalizados, efetivados, e políticos porque não há uma neutralidade, o profissional não é neutro nos processos, sempre se defende um posicionamento. (ENTREVISTADA 3)<sup>13</sup>.

Esse compromisso com a participação social, com a educação popular, para fomentar a participação popular tem total relação com aquilo que a gente defende enquanto projeto ético político da profissão, que ele está completamente fundamentado em outra lógica societária que não essa que a gente vivencia atualmente. Na verdade, o código de ética profissional do assistente social já traz pra gente que a gente se alinha a um projeto profissional que se vincula a processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, sem exploração, sem opressão, e aí essa já é uma forma da gente perceber primeiro qual o projeto a profissão de serviço social vai se alinhar, e qual a perspectiva que a gente deve adotar nos espaços de educação em saúde. (ENTREVISTADA 6)<sup>14</sup>.

Desse modo, pode-se perceber que as reflexões acima feitas pelas profissionais conversam perfeitamente com o pensamento de Guerra (2000) quando a autora discute instrumentalidade e o Serviço Social. Para a autora, a instrumentalidade está para além de um conjunto de instrumentos ou técnicas, consistindo basicamente na capacidade profissional de objetivar sua intencionalidade em respostas profissionais, o que envolve tomada de decisão e elaboração de estratégias, que por sua vez estarão vinculados a um

---

<sup>12</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 2, em 18 de agosto de 2020.

<sup>13</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 3, em 20 de agosto de 2020.

<sup>14</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 6, em 27 de outubro de 2020.

projeto de sociedade. “Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade” (GUERRA, 2000, p. 53).

Dentre as principais temáticas trabalhadas pelas assistentes sociais entrevistadas nos espaços de educação em saúde, tanto de forma individual como em parceria com outras categorias profissionais, destacaram-se as seguintes: direitos da pessoa idosa, informações sobre benefícios socioassistenciais, os impactos da reforma previdenciária, controle social, violência contra a mulher, romantização da maternidade, prevenção ao suicídio, gravidez na adolescência, prevenção ao câncer de mama e saúde do homem.

Além de um potente instrumento técnico-político, as entrevistadas enxergam nos espaços de educação em saúde também uma possibilidade de realização profissional, frente à fragilidade das políticas públicas e às inúmeras dificuldades encontradas no processo de viabilização de direitos, o que acaba por muitas vezes gerando frustração nas profissionais, como identificado nas falas a seguir:

As atividades coletivas (educação em saúde) é o que mais me fascina, mediante a precarização das políticas públicas, das grandes dificuldades de viabilizar os direitos dos usuários, é uma forma da gente conseguir se energizar mesmo, conseguir dialogar, conseguir ouvir os usuários. Eu aprendia muito, percebia os seus saberes claramente, e acaba sendo muito energizante, muito gratificante. Até mesmo mais do que a parte assistencial, que a gente acaba ficando muito limitado, muita coisa que não está na nossa governabilidade, dependendo muito da efetividade das políticas sociais, e aí a gente acaba se frustrando um pouco. (ENTREVISTADA 2)<sup>15</sup>.

Diante de uma política precarizada, des financiada, fomentar essa educação em saúde - que é também uma educação política - é muito potencializador para uma prática profissional transformadora. Uma prática profissional que não simplesmente diz o sim ou o não a partir da demanda que é apresentada, mas uma prática profissional que promova uma educação transformadora naqueles sujeitos, no sentido de tentar viabilizar aquele direito que o usuário demanda, mas também no sentido de orientar/estimular a participação daquele usuário para além daquele espaço mais individual de reivindicação, mas também participando de outros espaços de organização, mobilização e participação social. (ENTREVISTADA 6)<sup>16</sup>.

Tendo em vista que todas concordaram que a educação em saúde se apresenta como um instrumento de trabalho do serviço social nos equipamentos de saúde, foi questionado às participantes da pesquisa se elas acreditam que a formação acadêmica em Serviço Social

<sup>15</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 2, em 18 de agosto de 2020.

<sup>16</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 6, em 27 de outubro de 2020.

instiga e prepara as/os estudantes para desenvolverem esse tipo de atividade no seu exercício profissional.

Ela nos instiga sim, ela nos provoca, mas ela também precisa se redefinir [...]. Eu não sei do seu currículo, mas no meu currículo eu não tinha uma disciplina específica, por exemplo, eu tinha uma disciplina optativa que era Educação Popular, e nem era da nossa graduação, eu poderia fazer, por exemplo, na pedagogia. (ENTREVISTADA 3)<sup>17</sup>.

Quanto ao processo de formação no Serviço Social, acredito que o curso em si, com sua base curricular não. Acho que o que vai trazer algum tipo de instigação e desenvolvimento de habilidades são as experiências possíveis dentro de estágios e projetos de extensão, entendendo que não é uma questão aberta para todos, vai depender do seu processo individual dentro do curso. Eu mesma só me apropriei da educação em saúde na Residência. (ENTREVISTADA 4)<sup>18</sup>.

Desde o início da nossa formação nós somos incentivados a não ficar meramente dentro de uma caixinha de análise, a tentar expandir nossas formas de entendimento da realidade e perceber as possibilidades a partir dos sujeitos e do território onde a gente atua, a buscar sermos críticos, comprometidos, criativos, competentes. (ENTREVISTADA 6)<sup>19</sup>.

Foi perceptível que todas as respostas versaram em torno de acreditar que há sim esse estímulo e incentivo durante o percurso acadêmico em Serviço Social, mas principalmente em vivências paralelas à grade do curso em si, de maneira que a formação ainda deixa muito a desejar no que se refere à dimensão pedagógica da profissão, na leitura das assistentes sociais entrevistadas.

Por fim, buscou-se compreender como as profissionais entrevistadas têm avaliado as atuais mudanças propostas pelo governo federal no que se refere à Atenção Básica com a aprovação do Programa Previne Brasil, bem como com a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. As narrativas das entrevistadas giraram todas em torno de uma completa reprovação, diante dos atuais desmontes presenciados nos últimos anos, não só no âmbito da Atenção Básica em Saúde, como dos direitos sociais de forma geral.

É uma verdadeira tragédia, porque deixa os usuários à mercê da conveniência do gestor, e a demanda da população não vai desaparecer. Sem contar que essa demanda precisará ser absorvida por outro equipamento/serviço, o que acarretará numa superlotação ou no não atendimento da demanda dos usuários. Outro problema é acabar com a sistematização do processo de trabalho do NASF. Nesse novo “modelo”, os

---

<sup>17</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 3, em 20 de agosto de 2020.

<sup>18</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 4, em 21 de agosto de 2020.

<sup>19</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 6, em 27 de outubro de 2020.

profissionais perdem autonomia, perde o caráter interativo, educacional, informativo e até político, para reforçar o conceito demanda/atendimento. (ENTREVISTADA 4)<sup>20</sup>.

Marques (2019) explica que o Programa Previne Brasil surge com o objetivo de estabelecer um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, o que representa um grande retrocesso para o SUS, haja vista que condiciona a arrecadação ao nível de produção da equipe, em contraposição às reais necessidades de saúde; ignora o princípio basilar da universalidade, quando coloca como um dos critérios para a captação ponderada o número de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica; e retoma a perspectiva curativista da saúde, na medida em que ressalta a produtividade em nível da dimensão clínica, sem dar muita relevância às atividades coletivas e de educação em saúde realizadas até então pelas equipes.

Ademais, em janeiro de 2020, foi publicada a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que deixa claramente a critério da gestão municipal manter ou não as equipes de NASF-AB nos municípios. Ressalta-se inclusive que a partir de janeiro de 2020 o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de novas equipes de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão todas arquivadas.

Portanto, infere-se que essa nova proposta de Atenção Primária repercute diretamente no trabalho desenvolvido pelos NASF-AB, correndo-se o grande risco de nos próximos anos presenciarmos a extinção desses núcleos nos municípios. O que representa uma grande perda para o cuidado em saúde, haja vista que o cuidado ofertado pelos núcleos se fundamenta na integralidade, na interdisciplinaridade, no apoio matricial, na promoção e prevenção em saúde.

Atrelado a isso, há que se pontuar também algumas outras perdas direcionadas à saúde pública brasileira nos últimos anos. No que se refere ao financiamento, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os investimentos em políticas sociais, tais como a saúde e a assistência social por vinte anos. Segundo Bravo (2018), a estimativa de perda de recursos federais para o SUS nesse decurso de tempo corresponderá a aproximadamente R\$654 bilhões de reais.

Dentre as principais perdas advindas da nova PNAB de 2017, destaca-se a redução do número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família, de 4 (PNAB 2011) para 1 (PNAB 2017), ao mesmo tempo em que abre possibilidade para o aumento das atribuições desses profissionais, através da unificação de

---

<sup>20</sup> Informação verbal fornecida pela assistente social 4, em 21 de agosto de 2020.

suas ações com as dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e da realização de competências desempenhadas até então pelos técnicos de enfermagem (como aferição de pressão, glicemia capilar, curativos simples), descaracterizando, dessa forma, o papel do ACS na equipe. Observa-se, também, se comparado ao texto de 2011, um menor destaque aos espaços de educação permanente em saúde e de educação em saúde, como o Programa Saúde na Escola (MELO *et al.*, 2018).

Além disso, tivemos a Reforma Trabalhista de 2017 e a Reforma Previdenciária do ano de 2019, que deixaram os direitos trabalhistas ainda mais flexíveis e precarizados, o que, a médio e longo prazo, trarão fortes repercussões para a saúde da população.

Frente a essas atuais mudanças, sobretudo no que se refere ao financiamento e funcionamento dos NASF-AB, as entrevistadas explanaram que o município se encontra hoje com os trabalhos dos núcleos mais comprometido do que nunca, tendo em vista que alguns dos profissionais foram remanejados para outros serviços, outros passaram a ter carga horária compartilhada com demais equipamentos da saúde, e o cuidado em saúde ofertado pelos profissionais dos núcleos tem se limitado cada vez mais aos atendimentos individuais, em detrimento dos espaços de atividade coletiva. Algo que já vinha sendo identificado antes mesmo da pandemia do coronavírus, porém, com a necessidade do distanciamento social, esses espaços de atividade coletiva acabaram se fragilizando ainda mais.

Todavia, é importante reforçar que, mesmo diante das fragilidades advindas com o contexto pandêmico, as/os profissionais que compõem os núcleos criaram estratégias para a manutenção de vínculo e de cuidados individuais e coletivos de forma remota, tais como: atendimento online, ações de educação em saúde breve pelas ruas, reuniões remotas com grupos específicos pela plataforma *Meet*, educação em saúde através de textos e vídeos informativos divulgados em redes sociais (Instagram e WhatsApp), entre outras.

Vale ressaltar que, no caso das equipes de NASF-AB formadas por profissionais residentes, já que eles devem seguir uma agenda de trabalho direcionada pela Escola de Saúde Pública do Ceará, têm procurado seguir uma proposta de cuidado que esteja além da dimensão curativista ou limitada aos atendimentos individuais, conforme preconiza as diretrizes referentes ao NASF-AB. Todavia, esses profissionais residentes também acabam lidando com a insuficiência e a precarização de recursos direcionados ao trabalho dos núcleos.

Diante desse cenário apresentado, conclui-se que, embora o Brasil conte hoje com um sistema de saúde considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS permanece em constante processo de construção e reafirmação, haja vista que

desde a sua implementação se faz persistente a disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista.

Enquanto o projeto da reforma sanitária tem como direção a efetivação de uma saúde pública e universal, o projeto privatista olha para a doença como fonte de lucro; seu principal objetivo consiste na privatização da saúde, por meio da redução dos investimentos na saúde pública, da transferência de recurso público para o setor privado frente à crescente terceirização dos serviços, da propagação dos planos de saúde populares, entre várias outras medidas que têm ganhado espaço principalmente com os últimos governos (BRAVO, 2018).

Contudo, é importante salientar que usuários, profissionais e militantes do SUS de maneira geral seguem se organizando, dispostos a resistirem contra as propostas de retirada de direitos na saúde, reivindicando pela consolidação do projeto da reforma sanitária e na defesa intransigente de uma saúde pública e de qualidade para todos/as. Vale nomear aqui alguns desses movimentos que seguem em defesa do SUS: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, Frente Cearense em defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, Fórum Nacional e Estaduais de Residência em Saúde, Conselhos de Saúde, Movimentos profissionais, sindicais e populares, entre outros.

No que se refere aos profissionais de Serviço Social especificamente, essa pauta vai completamente ao encontro do que se defende no Projeto Ético Político da Profissão, e a educação em saúde se apresenta como potente aliada no processo de fortalecimento da participação social nessa e em outras lutas.

### **Considerações finais**

Historicamente, o modelo de saúde curativista e medicalocêntrico com foco na doença em si tem ocupado um espaço de centralidade no cuidado em saúde em detrimento do modelo de saúde preventiva. Todavia, desde a promulgação do SUS, busca-se romper com essa falsa ideia de que saúde diz respeito exclusivamente à ausência de doenças.

Nesse contexto, a partir das reflexões levantadas no presente estudo, pode-se perceber que os espaços de educação em saúde se apresentam como potentes mecanismos no processo de desconstrução dessa falsa ideia que vem sendo construída e fortalecida há décadas, inclusive através de portarias e programas lançados pelo Ministério da Saúde recentemente, como já foi analisado. Ademais, nota-se também que momentos coletivos, como os de educação em saúde junto aos usuários possuem o importantíssimo papel de incentivo à organização e participação popular, fundamental na construção e fortalecimento

do SUS e demais políticas públicas.

Porém, é importante salientar que esses espaços se construam com base no respeito da autonomia dos sujeitos e de uma educação em saúde emancipatória que leve em consideração os saberes, as formas de cuidado e de auto-organização do povo, conforme proposta do pensamento político da educação popular freireana.

No que se refere especificamente ao uso das práticas de educação em saúde pelas/os profissionais de Serviço Social, acredita-se que essas práticas dialogam diretamente com a dimensão pedagógica da profissão, estando imbricadas em um projeto ético político profissional que, por sua vez, se relaciona com um projeto societário. No caso do Serviço Social, a profissão tem a liberdade como valor ético central e busca exercer a sua prática sempre em consonância com os interesses da classe trabalhadora.

Nesse sentido, pode-se inferir que os espaços de educação em saúde se apresentam para a profissão como um instrumento não só técnico como também político, tendo em vista que a instrumentalidade profissional está para além do uso de técnicas e instrumentos de trabalho, estando constantemente permeada por disputas de interesses e escolhas que contribuirão para a reafirmação ou contestação do que está posto.

Percebeu-se que as profissionais entrevistadas na pesquisa também enxergam nos espaços de educação em saúde uma possibilidade de realização profissional, diante dos inúmeros desafios que se apresentam no cotidiano profissional, comprometendo a viabilização de direitos através das políticas públicas.

Ao final deste processo de pesquisa, avalia-se que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados e espera-se que as discussões aqui levantadas possam contribuir para o fortalecimento do trabalho dos NASF-AB, sobretudo, nessa conjuntura de desmontes, bem como para a construção de um cuidado em saúde cada vez mais ampliado, emancipador e para todos.

## **Referências**

ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G. **Mobilização social e práticas educativas**. 2009. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/zD3ifq80Dt7Az49Q4j7x.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 7 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf). Acesso em: 7 set. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-24.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Doi: 10.18315/argumentum.v10i1.19139. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 18 dez. 2021.

CAMPOS, N. R. **O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social**. SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013. Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 18 dez. 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 18 dez. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Brasília: CFESS, 2000. Disponível em: <http://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 33. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARQUES, R. M. A destruição em curso do SUS. **Rev. PUC**, São Paulo, v. 5, n. 1, out. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018S103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, S. F. (org.) *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 9-30.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SANTOS, M. A.; SENNA, M. C. M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Katálisis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, set./dez. 2017. Doi: 10.1590/1982-02592017v20n3p439. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hKCTFGdNpJZ7QdDqzB5QM3L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SEVERINO, A. J. S. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf). Acesso em: 18 dez. 2020.

Submetido em 19 de julho de 2021.

Aprovado em 7 de setembro de 2021.