



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

IGLA ALVES MIRANDA

**DEFESA DA EQUIDADE E DA UNIVERSALIDADE NA GARANTIA DE DIREITOS:
o papel do assistente social na Unidade Básica de Saúde**

BRASÍLIA – DF

2025

IGLA ALVES MIRANDA

**DEFESA DA EQUIDADE E DA UNIVERSALIDADE NA GARANTIA DE DIREITOS:
o papel do assistente social na Unidade Básica de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de Ser-
viço Social como requisito parcial para obtenção
de grau de bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karen Santana de Almeida
Vieira.

BRASÍLIA – DF

2025

CIP - Catalogação na Publicação

AA474dd Alves, Igla .
Defesa da Equidade e da Universalidade na Garantia de
Direitos: o papel do assistente social na Unidade Básica de
Saúde. / Igla Alves;

Orientador: Karen Santana. -- Brasília, 2025.
50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Serviço
Social) -- aqui Universidade de Brasília, 2025.

1. REFORMA SANITÁRIA, CONSOLIDAÇÃO DO SUS E SAÚDE COMO
DIREITO. . 2. Equidade e Universalidade no acesso aos bens
e Serviços de Saúde.. 3. RELATOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DF.. I. Santana, Karen, orient.
II. Título.

IGLA ALVES MIRANDA

**DEFESA DA EQUIDADE E DA UNIVERSALIDADE NA GARANTIA DE DIREITOS:
o papel do assistente social na Unidade Básica de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Departamento de
Serviço Social como requisito parcial para
obtenção de grau de bacharel em Serviço
Social.

Data da aprovação: 24/03/2025

Prof^ª. Dr^ª. Karen Santana de Almeida Vieira — Orientador
Mestre/Doutora em Política Social
Professora da Universidade de Brasília (UnB)

Liliam dos Reis Souza Santos — Membro da Banca
Mestre/Doutora em Política Social
Professora da Universidade de Brasília (UnB)

Ana Laisa Machado Pessoa — Membro da Banca
Assistente Social da Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia - DF

AGRADECIMENTOS

É com imenso prazer que escrevo estes agradecimentos. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho. Agradeço à minha mãe: Maria Lúcia, por ter sido pai e mãe de duas crianças, pela luta de criar e educar da melhor forma possível, dedicando sua vida inteiramente a isso, pois sempre me incentivou e esteve ao meu lado, oferecendo amor incondicional e suporte emocional diante dos momentos mais desafiadores.

Aos amigos/familiares Neila, tia Pitoca e tia Elvira, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a minha dedicação aos estudos.

Agradecimento especial à minha amiga, Aline Fernandes, uma amizade que foi construída ao longo do curso, que sempre me incentivou, trocamos ideias e colaborações, tornando o ambiente acadêmico enriquecedor.

Gostaria de agradecer, também, à minha orientadora, Karen Santana, por sua orientação, paciência e dedicação. Sua orientação e conselhos foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para meu aprendizado acadêmico. Ademais, gostaria de agradecer à Prof^a. Dr^a. Liliam Reis e à assistente social Ana Laisa por aceitarem o convite e fazerem parte da banca de monografia.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste TCC. Cada apoio foi valioso e é uma honra compartilhar este momento com vocês.

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todos os dias, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.”

(Paulo Beleki)

RESUMO

A presente pesquisa, intitulada “O papel do assistente social nas Unidades Básicas de Saúde (UBS): analisar a equidade e a universalidade no acesso aos serviços de saúde”, tem como objetivo evidenciar a atuação do assistente social na UBS, com foco na promoção da equidade e da universalidade no acesso aos bens e serviços de saúde. Busca-se compreender de que forma esse profissional contribui para a garantia de direitos dos indivíduos, considerando as expressões da questão social presentes em uma UBS do Distrito Federal (DF). O problema de pesquisa estrutura-se a partir dos seguintes questionamentos: “A presença e a intervenção dos assistentes sociais na UBS contribuem para a universalidade e a equidade no acesso aos bens e serviços de saúde? Qual é a percepção dos assistentes sociais acerca da saúde pública e do acesso aos bens e direitos dos indivíduos?” Tais indagações ressaltam a relevância do assistente social no contexto da saúde pública, especialmente no que diz respeito à promoção da equidade e da universalidade, bem como os impactos de sua intervenção para a efetivação desses direitos. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, fundamentada em pesquisa bibliográfica e documental. Segundo Bauer e Gaskell (2008), “toda pesquisa qualitativa, social e empírica, busca a tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial”. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam em uma UBS do DF. Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, a identificação da unidade não será divulgada, resguardando-se o sigilo dos profissionais envolvidos.

Palavras-chave: equidade; universalidade; acesso a bens e serviços de saúde; UBS; assistente social.

ABSTRACT

The research entitled “The role of the social worker in basic health units/UBS: analyzing equity and universality in the access to health services”, aims to show the performance of the social worker in the Basic Health Unit, specifically in relation to the promotion of equity and universality in the access to health goods and services, seeking to understand how this professional contributes to guaranteeing access to the rights of individuals, with regard to the social issue present in this health unit of the Federal District (DF). The object of research is constituted in view of the following problem: “Does the presence and intervention of social workers in the UBS contribute to universality and equity in the access to health goods and services? What is the perception of social workers at the UBS in relation to public health and access to goods and rights of individuals? This question refers to the importance of social workers in the context of public health, taking into account the issue of equity and universality as well as the impacts of the professional's intervention in the access to health goods and services, stimulating reflections and more in-depth investigations on this topic. For the methodology, we chose to use qualitative research, through bibliographic and documentary research. According to Bauer and Gaskell (2008), “All qualitative, social, empirical research seeks to typify the variety of representations of people in their experiential world”. For data collection, interviews were conducted with social workers at a UBS in the Federal District, following a script of semi-structured questions. The identification of the UBS will not be disclosed in order to protect the confidentiality of the professionals, in compliance with the ethical precautions provided for in Resolution CNS 466/12.

Keywords: equity, universality, access to health goods and services, UBS, and social worker.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de aceitação do TCLE	33
Quadro 2 – Distribuição de identidade de gênero, segundo entrevistados	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DF	Distrito Federal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SES	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 REFORMA SANITÁRIA, CONSOLIDAÇÃO DO SUS E SAÚDE COMO DIREITO.....	16
1.1 Antes da criação do SUS: o modelo biomédico-hospitalocêntrico e as desigualdades de acesso .	16
1.2 Contextualização histórica dos serviços de saúde, antes da consolidação do SUS	17
1.3 Saúde como direito: Política de saúde: a política pública de saúde no Brasil.....	19
1.4 O surgimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	21
2 DISCUSSÃO DE CONCEITOS: EQUIDADE E UNIVERSALIDADE NO ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2.1 Conceitualização histórica dos conceitos de equidade e universalidade	24
2.2 Conceitos de equidade e universalidade	25
2.3 Equidade e universalidade na saúde pública.....	26
2.4 Equidade e Universalidade à Luz do Serviço Social.....	26
3 RELATOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DF.....	32
3.1 Metodologia.....	32
3.2 Como você define equidade e universalidade, quais as principais diferenças entre equidade e universalidade, nas palavras dos(as) entrevistados(as).....	35
3.3 Na opinião dos entrevistados, durante os atendimentos com os usuários é possível que os indivíduos recebam o mesmo nível de cuidado e atenção? Quais fatores consideram que podem afetar a equidade e universalidade durante os atendimentos? (Exemplo: raça, gênero, condições socioeconômicas).....	37
3.4 Na sua opinião, como a equidade e a universalidade podem ser garantidas para todos os segmentos da população? Qual o tipo de treinamento ou capacitação para que trabalhem com a equidade e a universalidade, nas palavras dos(as) entrevistadas(os).....	38
3.5 Na sua opinião, mudanças e/ou inovações na prática do serviço social em relação à equidade e universalidade na UBS nos próximos anos, como vê o papel do assistente social na promoção de uma sociedade mais justa e equitativa, nas palavras dos(as) entrevistados(as).....	39

CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	48
APÊNDICE B – Questionário/roteiro de entrevista.....	49

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral analisar o papel do assistente social na Unidade Básica de Saúde no que se refere à equidade e à universalidade no acesso aos bens e serviços de saúde, contribuindo com a garantia ao acesso e aos direitos dos indivíduos, no que se refere à Questão Social¹ dessa unidade de saúde.

A escolha do tema surgiu a partir de experiências em estágio obrigatório na Unidade Básica de Saúde do DF, o Serviço Social na UBS integra uma equipe multidisciplinar² composta por diversos profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros, integrada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³.

De acordo com MDH Costa (2000), o Serviço Social na área da saúde possui particularidades que o diferenciam de outros espaços sócio-ocupacionais, estando inserido numa dinâmica de cooperação que possibilita que o cuidado em saúde se concretize. Para a autora, cooperação é:

Conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais (Costa, MDH 2000, p. 38).

Nesse sentido, cabe destacar, ainda, que o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Saúde”, obra publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS),

¹ De acordo com Iamamoto e Carvalho (2008, p.77) a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e repressão.

Nesse sentido, as expressões da questão social são expressões relacionadas ao conflito capital-trabalho, que podem ser pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia, trabalho precarizado, dificuldades de acesso à saúde, à educação e ao trabalho etc. (Badaró, 2013)

² Morin (2005) fala sobre a complexidade do conhecimento e discute a importância da colaboração entre saberes na resolução de problemas sociais, incluindo uma equipe multidisciplinar (compartilhamento de informações, com o foco principal na contribuição individual de cada membro) e interdisciplinar (integração das diferentes especialidades e criação de um novo campo de conhecimento).

³ O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma equipe multiprofissional que atua no âmbito da Atenção Básica, em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo do NASF é ampliar e qualificar a atenção e a gestão da saúde na rede de atenção básica, promovendo a integração entre ações de saúde individuais e coletivas.

em março de 2009, apresenta como as principais dimensões das ações profissionais do assistente social na saúde a realização de ações assistenciais; atividades socioeducativas; mobilização; participação e controle social; investigação; planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A inserção e o reconhecimento do Assistente Social como profissional da saúde fazem parte de um movimento, impulsionado pela Reforma Sanitária no Brasil, que amplia o conceito de saúde e reconhece a importância de compreender os determinantes sociais de saúde.

A pesquisa tem como objetivo analisar a garantia da universalidade e a equidade no acesso aos bens e serviços de Saúde, sob o olhar dos assistentes sociais que fazem atendimentos na unidade básica de saúde do DF. O objeto em questão constitui-se diante da seguinte problemática: “A presença e a intervenção dos assistentes sociais na UBS contribuem para a universalidade e a equidade no acesso aos bens e serviços de saúde? Qual a percepção dos assistentes sociais da UBS em relação à saúde pública e ao acesso aos bens e direitos dos indivíduos? Essa indagação remete à importância do assistente social no contexto da saúde pública, levando em consideração a questão da equidade e da universalidade no acesso e os impactos da intervenção do profissional no acesso aos bens e serviços de saúde, estimulando reflexões e investigações mais profundas sobre a temática.

Assim, partindo do objetivo de compreender a profissão em contexto de UBS, é importante salientar que a pesquisa analisou as condições comuns no trabalho do serviço social na saúde a partir de relatos dos profissionais. Entretanto, é de conhecimento que cada relato possui sua singularidade, visto que as condições sociais de trabalho de cada profissional possuem divergências e demandas diferentes. Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, a identificação da unidade não será divulgada, resguardando-se o sigilo dos profissionais envolvidos.

Este trabalho é composto por 3 capítulos: O primeiro capítulo apresenta uma abordagem sobre o contexto histórico do funcionamento dos serviços de saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo as transformações que culminaram na sua implementação. No segundo capítulo, abordam-se os princípios de equidade e universalidade, que fundamentam o acesso aos bens e serviços de saúde. O direito à saúde é a aplicação da prática pelo assistente social dos princípios no contexto da saúde pública.

Por último, o terceiro capítulo traz uma abordagem sobre os dados referentes aos relatos dos assistentes sociais descritos em pesquisa coletadas por meio de pesquisa qualitativa, que visa descobrir um apanhado dos principais desafios e dificuldades sob o olhar dos assistentes

sociais que fazem atendimentos na unidade básica de saúde do DF. Essa pesquisa foi realizada para fins acadêmicos.

Capítulo I

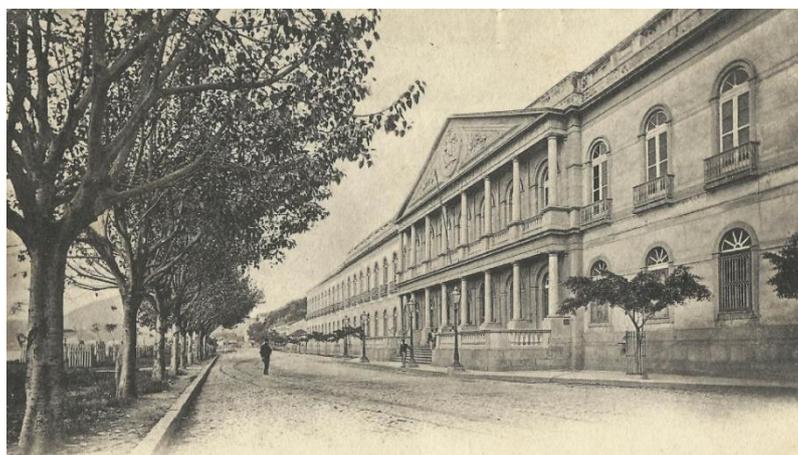
Reforma Sanitária, consolidação do SUS e saúde como direito

Figura 1: Microcosmo da sociedade, as instituições de assistência à saúde.



Fonte: Acervo Fiocruz.

Figura 2: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em 1880.



Fonte: Marc Ferrez.

1 REFORMA SANITÁRIA, CONSOLIDAÇÃO DO SUS E SAÚDE COMO DIREITO

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma síntese do contexto histórico do funcionamento dos serviços de saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando as transformações que culminaram na sua implementação. A globalização e os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental nesse processo, trazendo consequências positivas para a população em geral.

A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito **universal**, estabelecendo as diretrizes para a criação do SUS, cuja implementação, em 1990, buscou integrar os serviços de saúde e garantir o acesso universal e equitativo à população. Essa iniciativa representou uma mudança paradigmática na forma como a saúde pública é concebida e gerida no Brasil.

1.1 Antes da criação do SUS: o modelo biomédico-hospitalocêntrico e as desigualdades de acesso

Antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro seguia um **modelo biomédico-hospitalocêntrico**, cuja principal ênfase estava na assistência médica curativa e, sobretudo, em serviços hospitalares. Essa estrutura, fortemente vinculada à previdência social, excluía uma parcela significativa da população que não possuía vínculo formal de trabalho, uma vez que esses indivíduos não contribuíam para os órgãos previdenciários e, portanto, não tinham direito a atendimentos e benefícios de saúde (Paim, 2008). Essa realidade provocava um acesso desigual aos serviços de saúde, refletindo as disparidades socioeconômicas históricas do país.

Nesse período, as principais vias de acesso aos cuidados de saúde incluíam:

1. Instituições de seguro-saúde

- Exemplo: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes.
- O modelo era fortemente centrado em unidades de média e alta complexidade, como hospitais e clínicas especializadas.

2. Hospitais filantrópicos

- Exemplo: Santas Casas de Misericórdia, responsáveis por atender a população mais vulnerável, embora com recursos limitados e, muitas vezes, dependentes de doações ou convênios específicos.
- Apesar de possibilitar algum atendimento à população de baixa renda, esses hospitais não conseguiam suprir todas as demandas, resultando em filas de espera e precariedade de serviços.

3. Serviços privados

- Acesso restrito às pessoas com maior poder aquisitivo, que podiam custear planos de saúde ou pagar pelos procedimentos de forma particular.
- Contribuiu para a segmentação do sistema, pois, de um lado, havia um setor privado de alta qualidade técnica (para quem podia pagar), e, de outro, uma rede pública insuficiente para as demandas crescentes.

1.2 Contextualização histórica dos serviços de saúde, antes da consolidação do SUS

Na Era Vargas (1930-1945), o acesso aos serviços de saúde era extremamente limitado, sobretudo para trabalhadores informais, que contavam com uma oferta insuficiente de serviços públicos, filantrópicos ou privados – estes últimos acessíveis apenas mediante pagamento direto (Paim, 2011). Nesse período, a assistência médica para grande parte da população brasileira estava ligada às instituições previdenciárias, voltadas quase exclusivamente para os trabalhadores com vínculo empregatício formal. Além disso, as iniciativas filantrópicas eram conduzidas majoritariamente por entidades religiosas e de caridade, que atuavam de forma pontual e não alcançavam toda a demanda existente.

Posteriormente, durante o período de Redemocratização e Desenvolvimento (1946-1963), ocorreu uma expansão significativa da rede hospitalar, estimulando a criação de empresas de saúde. No entanto, tais avanços beneficiaram de maneira desproporcional as classes de maior poder aquisitivo (Giovanela, 2008), pois os planos e seguros de saúde eram essencialmente privados, visando o lucro e dificultando ainda mais o acesso dos mais pobres. Nesse cenário, as desigualdades no setor de saúde se tornaram cada vez mais evidentes, revelando a necessidade urgente de reformas estruturais.

A partir da década de 1970, começam a ganhar força os movimentos sociais que exigiam mudanças profundas no modelo de saúde adotado até então. Esses grupos defendiam a

reforma sanitária, uma proposta que buscava democratizar a vida social e reestruturar o Estado, abrangendo necessidades básicas como a saúde (Gaspari, 2004; Paim, 2008). O movimento foi impulsionado pela luta contra a ditadura militar (1964-1985) e agregou diferentes segmentos, incluindo universidades, sindicatos, organizações de serviços e profissionais de saúde – notadamente os **sanitaristas**, cujo papel foi fundamental na formulação de propostas de transformação (Arouca, 1998; Mathias, 2018).

Um marco significativo nesse processo foi a criação do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, em 1976, que reuniu estudantes, profissionais de saúde, intelectuais e setores populares em torno de debates que articulavam saúde e democracia. O CEBES tornou-se um importante espaço de difusão das ideias do movimento sanitário por meio da revista *Saúde e Debate*, que abordava temáticas como o direito universal à saúde, a participação social e as bases para a reforma sanitária (Paim, 1992).

Entre 1986 e 1987, a **Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)** consolidou as principais diretrizes de um novo modelo de saúde para o Brasil. Nesse período, a **8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em 1986, foi um marco histórico: além de reunir mais de quatro mil participantes – dos quais 50% eram usuários do sistema de saúde –, o evento aprovou o documento *Saúde e Democracia*. Esse documento serviu de base para a elaboração de uma emenda popular que reivindicava a institucionalização do direito à saúde como universal e gratuito na futura Constituição de 1988.

A promulgação da **Constituição Federal de 1988** formalizou esse ideal ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de proteção social para suprir as demandas de saúde de toda a população, fundamentado nos princípios de **universalidade**, **equidade** e **integralidade**. A Carta Magna trouxe ainda o conceito de **participação social**, incentivando a criação de conselhos e conferências de saúde que assegurassem o controle social e a representação de diferentes segmentos da sociedade. Assim, a saúde passou a ser concebida não apenas como ausência de doença, mas como direito fundamental e dever do Estado.

Posteriormente, o SUS foi regulamentado pelas Leis **nº 8.080/1990** e **nº 8.142/1990**, que definiram as responsabilidades dos entes federativos, a forma de financiamento e as diretrizes de organização e gestão dos serviços de saúde. Essas normas consolidaram a descentralização administrativa e reforçaram a intersectorialidade das políticas públicas, elementos essenciais para a efetividade do sistema. A implementação do SUS, entretanto, não ocorreu sem desafios, pois as profundas desigualdades regionais, a precariedade de infraestrutura e os interesses de setores privados demandavam (e ainda demandam) constantes debates e aprimoramentos das políticas públicas.

Desse modo, o processo histórico que antecede a consolidação do SUS revela a trajetória de lutas e reivindicações por um modelo de saúde mais justo e inclusivo. Das iniciativas pontuais de assistência durante a Era Vargas, passando pelas políticas de expansão hospitalar e pelo surgimento de planos privados, até o surgimento do movimento da reforma sanitária, observa-se a construção de um arcabouço teórico e prático que culminou na atual concepção de saúde como direito de cidadania. É nesse contexto que se insere o papel dos profissionais de saúde, em especial dos **assistentes sociais**, cuja atuação é imprescindível para efetivar os princípios e diretrizes constitucionais de um sistema universal, equitativo e integral.

1.3 Saúde como direito: Política de saúde: a política pública de saúde no Brasil

As Políticas Públicas de Saúde consistem em um conjunto de programas, ações e decisões formuladas e executadas pelos governos federal, estadual e municipal, cujo propósito central é garantir o acesso universal à saúde, sem discriminação de qualquer natureza (Brasil, 1990). Inspiradas pelos princípios democráticos consagrados na Constituição Federal de 1988, tais políticas buscam promover condições adequadas para a prevenção de doenças, a atenção integral aos indivíduos e a melhoria constante dos serviços de saúde.

A **Lei nº 8.080/1990** confirma a saúde como um direito fundamental do ser humano, atribuindo ao Estado a responsabilidade de prover as condições necessárias para o seu pleno exercício. Nesse sentido, destacam-se algumas obrigações que competem ao poder público:

- **Formulação e execução de políticas** destinadas a minimizar riscos de doenças e agravos, incluindo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, bem como programas de promoção da saúde;
- **Garantia do acesso universal e igualitário** às ações e aos serviços de saúde, assegurando que toda a população possa usufruir de atendimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos;
- **Regulamentação, fiscalização e controle dos serviços de saúde**, de modo a manter a qualidade e a segurança dos atendimentos oferecidos à população.

A organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) se orientam por princípios e diretrizes que visam, sobretudo, democratizar e humanizar o atendimento. Entre os principais pilares, ressaltam-se:

1. **Universalidade:** garante a todos os cidadãos o direito à saúde, independentemente de renda, raça, gênero, ou de qualquer outro critério excludente. Esse princípio materializa o ideal de que o atendimento deve estar disponível a todos, a qualquer momento de necessidade, sem barreiras de acesso.
2. **Equidade:** implica oferecer cuidados diferenciados de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Enquanto a universalidade diz respeito ao acesso, a equidade busca corrigir desigualdades históricas e garantir que grupos mais vulneráveis recebam a atenção especial de que necessitam, evitando iniquidades dentro do sistema de saúde.
3. **Integralidade:** assegura uma visão ampla do processo de saúde-doença, englobando ações preventivas, curativas e de reabilitação. A integralidade requer não apenas a atuação interdisciplinar e intersetorial, mas também a consideração dos determinantes sociais da saúde, como alimentação, habitação, saneamento e educação.

Além disso, o SUS se estrutura com base em outras diretrizes fundamentais:

- **Regionalização e hierarquização:** organizam a rede de serviços de saúde em níveis de complexidade, desde a atenção primária (Unidades Básicas de Saúde) até a atenção especializada e hospitalar, garantindo melhor articulação e eficiência.
- **Descentralização:** transfere atribuições e recursos para estados e municípios, de forma a aproximar a gestão dos serviços de saúde às realidades locais, possibilitando respostas mais ágeis às demandas da população.
- **Participação social:** prevê a participação ativa da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde, o que reforça o controle social e a corresponsabilização de usuários, profissionais e gestores na tomada de decisões.

Essas diretrizes derivam de um longo processo histórico de lutas por direitos sociais, marcado pela **8ª Conferência Nacional de Saúde** (1986), que consolidou a ideia de saúde enquanto direito de cidadania e responsabilidade coletiva. Nesse contexto, o SUS se constitui como uma das maiores conquistas sociais brasileiras, estruturado para enfrentar os desafios da desigualdade e para promover a saúde como valor intrínseco ao desenvolvimento humano e ao bem-estar de toda a população.

1.4 O surgimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Com a pressão dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária, na década de 1970, surgiu a necessidade de repensar o modelo de atenção à saúde, dando ênfase à **prevenção**, à **promoção** da saúde e à **atenção primária**. As **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** despontaram como resposta às desigualdades de acesso, tendo como função principal garantir serviços básicos de saúde próximos às comunidades, reduzindo a dependência exclusiva de hospitais.

A implementação das UBS se fortaleceu na década de 1980, especialmente por meio do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, que incentivava a aproximação entre os serviços de saúde e a população local. A atuação dos agentes comunitários, por meio de visitas domiciliares e ações educativas, tornava o atendimento mais **humanizado**, além de facilitar a identificação de problemas e agravos na própria comunidade.

1.4.1. A UBS como porta de entrada do SUS

Com a criação e consolidação do SUS, a **Unidade Básica de Saúde** passou a constituir a **porta de entrada** do sistema, oferecendo um conjunto de serviços essenciais:

- **Consultas médicas e de enfermagem:** englobando atendimentos de rotina e a identificação precoce de doenças.
- **Campanhas de vacinação:** fundamentais para o controle de doenças infecciosas em âmbito coletivo.
- **Acompanhamento de doenças crônicas:** monitoramento contínuo de condições como hipertensão, diabetes e outras enfermidades prevalentes.
- **Planejamento familiar e pré-natal:** orientações e cuidados para gestantes, com foco na redução de riscos e na melhoria das condições de saúde materna e infantil.

Além disso, as UBS cumprem papel estratégico na **organização do fluxo de atendimento** dentro do SUS, encaminhando pacientes para serviços de média e alta complexidade quando necessário, o que possibilita maior eficiência no uso dos recursos. A **descentralização** dos atendimentos, aliada à presença de **equipes multiprofissionais**, promove maior proximidade com a comunidade, fortalecendo o vínculo entre população e serviços de saúde.

1.4.2. Descentralização e universalidade

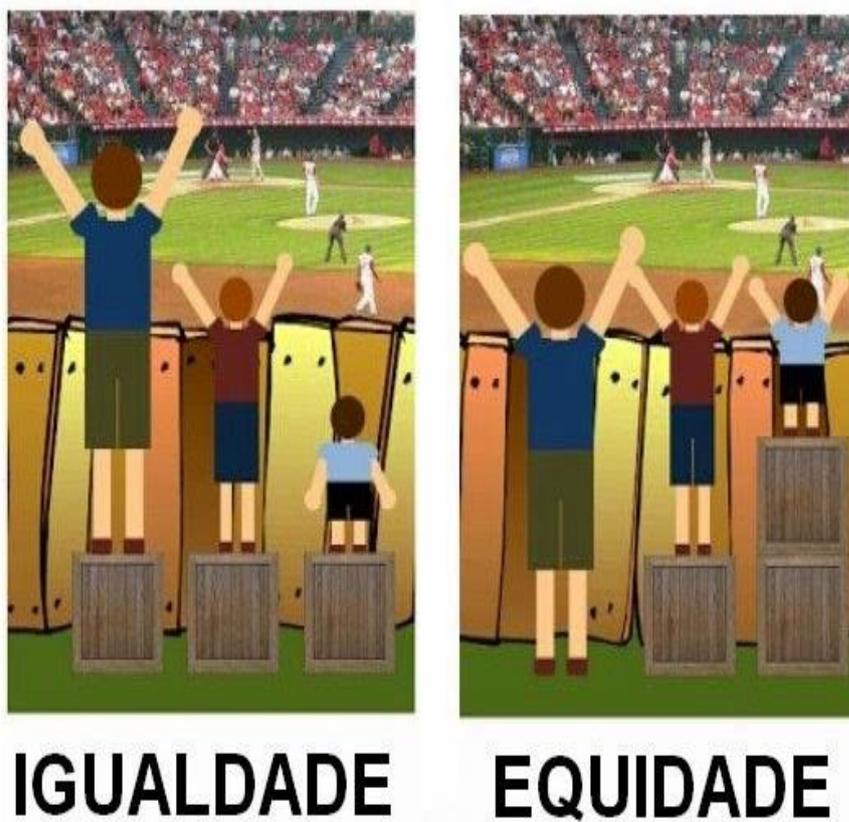
A consolidação das UBS como base do sistema reflete a materialização do princípio de **universalidade**, já que o atendimento passou a ser oferecido de forma gratuita a todos os cidadãos, independentemente de sua condição social ou econômica. Esse modelo descentralizado amplia o alcance das políticas públicas de saúde, favorecendo uma abordagem integral do cuidado e assegurando a presença do Estado nas regiões mais carentes, muitas vezes marcadas por vulnerabilidades sociais e situação de pobreza e desigualdades.

Em síntese, a transformação do modelo hospitalocêntrico para a estratégia de atenção primária, por meio das UBS, é um dos avanços mais importantes do sistema de saúde brasileiro, permitindo uma atuação mais **preventiva** e **educativa**, sem descuidar da assistência curativa. A mudança de paradigma representa um passo fundamental para a **humanização** do atendimento e para a redução das **desigualdades de acesso**, aspectos centrais na construção de um SUS inclusivo e eficaz.

Capítulo II

**Discussão de conceitos:
Equidade e Universalidade no acesso aos bens e Serviços de Saúde**

Figura 3: Igualdade versus equidade.



Fonte: Jusbrasil (2019).

2 DISCUSSÃO DE CONCEITOS: EQUIDADE E UNIVERSALIDADE NO ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Após a compreensão do contexto histórico do funcionamento dos serviços de saúde antes e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial aprofundar a análise dos princípios de equidade e de universalidade, que fundamentam o acesso aos bens e serviços de saúde. Num primeiro momento, essa análise será feita por autores diversos e de referência utilizados em geral, e no item 2.4 faremos à luz da compreensão do Serviço Social. No Brasil, o direito à saúde é viabilizado pelo SUS, que deve ser universal, integral e gratuito, com foco na garantia do acesso equitativo à população. Assim, este capítulo busca oferecer uma orientação conceitual sobre os princípios de equidade e universalidade, bem como sua aplicação prática pelo assistente social no contexto da saúde pública.

2.1 Conceitualização histórica dos conceitos de equidade e universalidade

Os conceitos de **equidade** e **universalidade** não são recentes, sendo considerados princípios fundamentais nas discussões filosóficas e políticas ao longo da história. Ambos os conceitos evoluíram desde o liberalismo clássico, que emergiu nos séculos XVII e XVIII, com pensadores como **John Locke**, **Adam Smith** e **Montesquieu**, que enfatizavam a liberdade individual, a propriedade privada e a limitação do governo. A igualdade de oportunidades era defendida de forma instrumental, sem, no entanto, garantir condições equitativas para todos.

No **século XIX**, as questões relacionadas à equidade começaram a ganhar maior visibilidade, com pensadores como **John Stuart Mill**, que argumentam que a liberdade deveria estar associada à justiça social e ao bem-estar coletivo. Com isso, reconheceu-se que a igualdade formal de oportunidades era insuficiente em uma sociedade marcada por desigualdades estruturais.

O avanço do **liberalismo social**⁴, no final do século XIX e início do século XX, trouxe a responsabilidade do Estado de corrigir desigualdades e garantir direitos sociais, como saúde, educação e seguridade social.

⁴ O *liberalismo social* reúne princípios do liberalismo clássico, como a defesa da liberdade individual e a garantia de direitos civis, mas reconhece que o Estado deve intervir na economia e na sociedade para assegurar justiça

A universalidade passou a ser associada aos direitos humanos, garantindo a todos o acesso a direitos básicos, independentemente de sua origem social.

A **Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)** consolidou a equidade e a universalidade como princípios essenciais para a dignidade humana e o respeito à diversidade. No entanto, as críticas contemporâneas apontam que as abordagens liberais muitas vezes desconsideram as realidades enfrentadas por grupos marginalizados, destacando a necessidade de uma abordagem mais interseccional e contextualizada.

2.2 Conceitos de equidade e universalidade

Do ponto de vista etimológico, o termo **equidade** deriva do latim *aequalitas*, que significa “igualdade” ou “equilíbrio”, enquanto **universalidade** provém do latim *universalitas*, referindo-se ao “geral” ou “abrangente”. Ambos os conceitos são fundamentais na discussão de justiça social e ética.

A **equidade** refere-se ao tratamento justo e imparcial dos indivíduos, considerando suas necessidades específicas. De acordo com **Aristóteles** (1999), em seu livro *os pensadores*, ele já apontava que a equidade exige reconhecer desigualdades para garantir o tratamento adequado aos desiguais, de forma a promover a justiça social: “A justiça, por outro lado, está relacionada identicamente com o injusto, que é excesso e falta, contrário à proporcionalidade, do útil ou do nocivo.” (Aristóteles, 1999, p. 101).

Por outro lado, a **universalidade** está relacionada à aplicação de direitos e princípios de forma ampla e irrestrita. Segundo o pensamento de **Immanuel Kant** (1997), em seu livro *o imperativo categórico*, a universalidade enfatiza que as leis morais devem ser aplicadas igualmente a todos, independentemente das circunstâncias: “Age apenas segundo aquela máxima pela qual possas ao mesmo tempo querer que ela se torne uma lei universal.” (Kant, 1997, p. 62).

No contexto da saúde pública, a equidade e a universalidade devem ser compreendidas como princípios interdependentes, promovendo o acesso à saúde de maneira justa e abrangente.

social e igualdade de oportunidades. Um autor frequentemente associado a essa vertente é **John Rawls**, que discute a teoria da justiça e o papel das instituições na promoção da equidade.

2.3 Equidade e universalidade na saúde pública

A equidade e a universalidade são princípios fundamentais do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Esses princípios garantem que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária e sem discriminação.

A legislação brasileira determina que o SUS deve obedecer aos seguintes princípios (Brasil, 1990, p.69):

- I. **Universalidade:** acesso garantido a todos os níveis de assistência;
- II. **Integralidade:** ações contínuas e articuladas para promoção, proteção e recuperação da saúde;
- III. **Igualdade:** assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- IV. **Descentralização:** gestão compartilhada entre União, Estados e Município;
- V. **Participação da comunidade:** envolvimento social na formulação e fiscalização das políticas públicas.

A **universalidade**, ao garantir acesso irrestrito à saúde, representa uma conquista histórica da sociedade brasileira. Já a **equidade** busca garantir que grupos vulneráveis, como populações em situação de pobreza, tenham acesso diferenciado e prioritário conforme suas necessidades.

2.4 Equidade e Universalidade à Luz do Serviço Social

No campo do Serviço Social, os princípios de equidade e universalidade estão intimamente ligados ao **projeto ético-político** da profissão, que valoriza a justiça social, a garantia de direitos e o combate às desigualdades⁵. Esses princípios orientam a intervenção profissional nas

⁵ A fundamentação teórica acerca dos princípios de *equidade* e *universalidade* no âmbito do Serviço Social dialoga com o **projeto ético-político** da profissão e com a discussão mais ampla das **políticas sociais** em perspectiva

políticas públicas, a elaboração de programas sociais e a prática cotidiana dos(as) assistentes sociais, sustentados pela compreensão crítica das expressões da “questão social” e pela defesa intransigente dos direitos humanos.

2.4.1. Universalidade

A **universalidade** diz respeito ao **acesso irrestrito** a direitos e a serviços sociais, independentemente de classe social, raça, gênero, orientação sexual, religião ou qualquer outra condição. Em outras palavras, o princípio da universalidade busca contemplar todos os indivíduos como **sujeitos de direitos**, assegurando que as políticas e os programas sociais sejam concebidos para atingir toda a população.

No **Serviço Social**, a universalidade exige que o/a profissional atue para **remover barreiras de acesso e reconhecer a pluralidade** das demandas sociais, garantindo que todos tenham as mesmas oportunidades de utilização dos recursos disponíveis.

Do ponto de vista ético, a universalidade reforça a solidariedade coletiva, baseando-se na premissa de que a sociedade deve prover condições iguais para o desenvolvimento humano e a cidadania plena.

Na prática profissional, esse princípio impulsiona ações que visam o acolhimento, a orientação e a inclusão de grupos historicamente marginalizados (pessoas em situação de rua,

crítica. Abaixo seguem alguns (algumas) autores(as) e referências que ofereceram os subsídios para esse debate, na construção desse tópico acima.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2008): Documento fundamental que apresenta os valores e princípios éticos da profissão, evidenciando a defesa intransigente dos direitos humanos e a orientação do Serviço Social para a universalidade e a equidade das políticas sociais.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil* (1982). Clássico estudo que relaciona o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social às contradições socioeconômicas do país, fornecendo bases para entender a centralidade da profissão no enfrentamento das desigualdades.

NETTO, J. P. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64* (1992). Analisa o Serviço Social em períodos autoritários, evidenciando como a defesa da justiça social (equidade) e da garantia de direitos (universalidade) se fortalecem na luta política e profissional.

BEHRING, E. R. & BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história* (2009). Aborda a constituição das políticas sociais, incluindo saúde, previdência e assistência, e discute como os princípios de equidade e universalidade se relacionam ao enfrentamento das desigualdades estruturais.

YAZBEK, M. C. *Assistência e direitos: o desafio da democratização das políticas sociais* (2009). Analisa a evolução das políticas de assistência social, dialogando com o debate sobre a efetivação de direitos universais e a adoção de medidas equitativas para grupos mais vulneráveis.

GUERRA, Y. & MIOTO, R. C. T. *Pesquisa social e serviço social* (2000). Embora trate principalmente de metodologia de pesquisa, traz reflexões sobre as expressões da “questão social” e a importância da análise crítica das desigualdades — elemento central à compreensão da equidade e da universalidade.

Esses autores e documentos contribuem para entender como o Serviço Social se posiciona ética e politicamente diante das demandas sociais, ao propor intervenções pautadas pela defesa de direitos, pelo combate às desigualdades e pela promoção de um atendimento universal que considere as diversidades e necessidades específicas das populações atendidas.

crianças, idosos, pessoas com deficiência, populações quilombolas, indígenas, entre outros), para que possam efetivamente acessar os serviços e programas sociais de forma digna.

2.4.2. Equidade

Já a **equidade** enfatiza o **reconhecimento das diferenças** e das desigualdades concretas na sociedade, propondo **medidas específicas** para garantir que cada pessoa tenha as condições necessárias para exercer plenamente seus direitos. Enquanto a universalidade assegura que todos têm direito a um mesmo serviço, a equidade implica oferecer **suporte diferenciado** para situações que demandam maior atenção, a fim de alcançar uma justiça social mais efetiva.

No **Serviço Social**, a equidade embasa a defesa de **ações afirmativas** e políticas compensatórias que corrijam desigualdades históricas (étnico-raciais, de gênero, de classe, entre outras).

Do ponto de vista ético-político, a equidade reconhece que não basta oferecer o mesmo para todos, pois nem todos estão em condições iguais de usufruir desses benefícios. É necessário, portanto, **adequar os recursos** às necessidades específicas de cada grupo ou indivíduo.

Na prática profissional, a equidade se traduz em estratégias como o **atendimento prioritário** a casos de maior vulnerabilidade, a articulação em rede para garantir suporte integral e a **defesa de políticas públicas** que considerem os determinantes sociais, econômicos e culturais que afetam diferentes populações.

2.4.3. Relação com os pressupostos do Serviço Social

O Serviço Social está alicerçado em princípios que visam a justiça social, a cidadania e a dignidade humana. Nesse sentido, a universalidade e a equidade reforçam a necessidade de superar práticas segmentadas ou excludentes, promovendo uma atuação centrada na transformação das estruturas que geram ou reproduzem desigualdades.

O Código de Ética do/a Assistente Social (CFESS) realça valores como a liberdade, a autonomia dos sujeitos e a prevalência dos direitos humanos, sintonizando-se com a universalidade (direito para todos) e a equidade (consideração das diferenças e desigualdades) enquanto fundamentos para a ação profissional.

Os/as assistentes sociais trabalham em equipas interdisciplinares e articulam-se com outras políticas públicas (saúde, educação, habitação, segurança alimentar, entre outras). Assim, o compromisso com a universalidade e a equidade exige **ações em rede** que considerem as múltiplas dimensões da vida social, visando a superação de barreiras de acesso.

2.4.4. Visão crítica das estruturas sociais

Ao reconhecer que as desigualdades emergem da Questão Social e da desigualdade social (estrutural), o Serviço Social promove a compreensão de que a universalidade e a equidade não se realizam de forma automática. É necessária **incidência política e mobilização social** para que esses princípios sejam efetivamente adotados nas políticas públicas e práticas institucionais.

Em suma, **universalidade** e **equidade**, sob a ótica do Serviço Social, são princípios que se complementam na busca pela **garantia de direitos** e pela **redução das desigualdades**. Enquanto a universalidade assegura que os serviços e programas sejam abrangentes e inclusivos, a equidade se atenta para a promoção de condições concretas de acesso e bem-estar, reconhecendo as particularidades e vulnerabilidades dos diferentes segmentos sociais. Dessa forma, ambos constituem alicerces fundamentais para uma prática profissional comprometida com a construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária.

2.4.5. O papel do assistente social na promoção da equidade e universalidade na saúde pública

O assistente social desempenha um papel crucial na materialização dos princípios de equidade e universalidade no SUS. Reconhecido oficialmente como profissional da saúde pela Resolução MS/CNS nº 218/1997, sua atuação é pautada pelo compromisso ético de defesa dos direitos sociais e pela busca da justiça social.

De acordo com o documento “**Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde**”, publicado pelo **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010)**, as principais atribuições do assistente social na saúde incluem:

- a) **Avaliação social:** diagnóstico das condições socioeconômicas dos usuários para propor intervenções adequadas;
- b) **Orientação e encaminhamento:** orientação sobre direitos, benefícios sociais e acesso aos serviços de saúde;
- c) **Mediação e articulação:** promoção do diálogo entre usuários e equipe multiprofissional;
- d) **Participação em políticas públicas:** contribuição na formulação de estratégias de atenção à saúde;
- e) **Atuação em situações de vulnerabilidade:** suporte a populações em situação de risco social.

O assistente social, portanto, contribui para a efetivação da **universalidade**, assegurando que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, e da **equidade**, identificando e priorizando as demandas específicas dos grupos mais vulneráveis.

A presença desse profissional nas **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** fortalece a articulação entre os diversos setores sociais, promovendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, alinhadas às diretrizes do SUS.

Em síntese, os conceitos de equidade e universalidade são fundamentais para garantir que o sistema de saúde brasileiro funcione de forma inclusiva e justa. A aplicação prática desses princípios pelo assistente social nas UBS fortalece a promoção do direito à saúde e contribui para a construção de uma sociedade mais equitativa. Assim, o papel desse profissional é essencial para superar desigualdades e assegurar que os serviços de saúde sejam acessíveis a todos, conforme estabelecido pelo SUS.

Capítulo III

Relatos dos assistentes sociais da Unidade Básica de Saúde do DF

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e de construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e de efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. (IAMAMOTO, 2007, p. 20)

3 RELATOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DF

A partir das análises realizadas nos capítulos passados sobre o serviço social na saúde, em contexto a Unidade Básica de Saúde, este capítulo tem como objetivo desenvolver dados sobre os relatos dos assistentes sociais descritos em levantamentos feitos por meio de pesquisa qualitativa assim, realizando-se um apanhado dos principais desafios e dificuldades, relatados durante a coleta de dados. Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, a identificação da unidade não será divulgada, resguardando-se o sigilo dos profissionais envolvidos.

3.1 Metodologia

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa, baseada em análises de descrições, comparações e interpretações, segundo relatos das assistentes sociais em uma Unidade Básica de Saúde do DF, mediante autorização da instituição com assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, disponível no apêndice I e com uso de roteiro disponível no apêndice II.

Segundo Minayo (2001), em seu livro "Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade", destaca-se a importância de métodos qualitativos na construção do conhecimento e na análise das realidades sociais. A pesquisa qualitativa busca compreender o sentido e as interpretações que os indivíduos dão aos fenômenos que os cercam, permite uma análise detalhada e contextualizada dos dados coletados, levando em consideração o ambiente social, cultural e histórico dos participantes.

Os métodos qualitativos são geralmente mais flexíveis do que os quantitativos. Isso significa que o pesquisador pode adaptar sua pesquisa conforme descobre novas informações durante o processo.

Minayo (2001) menciona diferentes técnicas de coleta de dados, como entrevistas, grupos focais, observação participante, e análise de documentos, todas elas fundamentais para a produção de um conhecimento mais amplo. A análise dos dados qualitativos é um processo ativo e reflexivo, no qual o pesquisador interage com os dados, buscando padrões e significados.

A coleta foi realizada por meio de um aplicativo de gerenciamento de pesquisa (Google Forms) para os/as assistentes sociais da UBS. Foram abordadas questões sobre a equidade e a universalidade dentro da UBS.

A pesquisa foi coletada em duas semanas, sendo encerrada devido ao prazo previamente estipulado para a coleta dos dados e que tornasse possível a análise dos dados e a finalização da pesquisa, e o questionário foi divulgado por meio de redes sociais e WhatsApp. O objetivo era obter respostas espontâneas e mais próximas da realidade. Após a coleta de dados, utilizamos a ferramenta de edição de planilhas (Microsoft Excel) para criar as tabelas e quadros que organizassem de forma mais coesa as respostas do questionário. As respostas serão utilizadas somente pelo tempo necessário de análise e subsequentemente serão excluídas de acordo com orientação da Resolução CNS N. 196/96.

Foram obtidas 3 (três) respostas, sendo elas: 8 variáveis que foram agrupadas de 2 em 2. As respostas foram tratadas de forma confidencial, o que garantiu a privacidade dos/as entrevistados/as, sendo eles/as nomeados/as na análise de dados por meio de cores.

O modelo de questionário adotado foi questionário não estruturado, com perguntas abertas, com questões majoritariamente qualitativas, apresentadas em quadros, realizadas por meio de um roteiro pré-definido que possibilitou aos/as entrevistados/as expressarem seus conhecimentos e opiniões.

Quadro 1: Distribuição de aceitação do TCLE.

Respostas	Porcentagem	Nº de Respostas
Sim, li e concordo	100%	03
Não	0%	00
Total	100%	03

Fonte: Criação própria, 2025.

Ao total três pessoas da Unidade Básica de Saúde do DF, responderam ao questionário da pesquisa, todas aceitaram o TCLE.

Quadro 2: Distribuição de identidade de gênero, segundo entrevistados.

Gênero	Porcentagem	Nº de Respostas
Feminino	100%	03
Masculino	0%	00
Total	100%	03

Fonte: Criação própria, 2025.

Os três entrevistados identificaram seu gênero como feminino. Considerando essa informação, considera-se que a Unidade Básica de Saúde é composta pelo público feminino, na área da assistência. É possível que esse perfil relativo à identidade de gênero das entrevistadas encontrado na pesquisa se dê por várias razões sociais, culturais e históricas.

A profissão de assistente social é frequentemente associada a características como empatia, cuidado e compaixão, que historicamente têm sido consideradas femininas. Esses estereótipos podem influenciar a escolha profissional. A assistência social como área de atuação começou a se desenvolver no final do século XIX e início do século XX, em um contexto onde as mulheres já estavam se envolvendo em trabalhos sociais, especialmente nas áreas de saúde e educação.

Segundo Cruz (2020), as faculdades e universidades que oferecem cursos de Serviço Social têm atraído predominantemente mulheres, o que se reflete na composição do mercado de trabalho. Muitas funções associadas ao cuidado e ao apoio social são tradicionalmente ocupadas por mulheres, contribuindo para uma maior presença feminina na área, embora também haja um aumento gradual da presença masculina na profissão.

A pesquisa intitulada “Assistentes Sociais no Brasil⁶” realizada no ano de 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) traz a informação de que 90% do corpo profissional da época era composto por mulheres.

Segundo Monique Carvalho (2021), em sua pesquisa “Feminização do Serviço Social: ainda persistem aspectos generificados nas motivações para ingressar no curso”: o Serviço Social é, historicamente, predominado por mulheres – tal particularidade deriva da cultura machista e patriarcal em que estamos inseridos. A profissão, por estar ligada, no entendimento social, ao “trabalho reprodutivo” – que, além de não pago, é considerado um dever irrecusável da mulher, carrega consigo o destino que a sociedade patriarcal designa à mulher na sociedade.

⁶ A pesquisa pode ser acessada em https://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em 12 de fevereiro de 2025.

É verdade que, atualmente, o exercício profissional demanda um intenso trabalho teórico-metodológico e ético-político, mas é perceptível que o pensamento predominante, ainda hoje, é o de que as mulheres possuem mais habilidades para tal exercício. Essa evidente ligação se mostra demasiada complexa de ser rompida no curto prazo. Entretanto, não se pode ignorar o fato de que o número de homens, na profissão, está aumentando.

3.2 Como você define equidade e universalidade, quais as principais diferenças entre equidade e universalidade, nas palavras dos(as) entrevistados(as)

Nas respostas qualitativas dos entrevistados acerca de como entendem o conceito de Equidade e Universalidade e as principais diferenças entre elas, percebe-se uma vasta diversidade no que tange a compreensão do tema. A única unanimidade aparente nas respostas é a relação de Equidade e Universalidade com “igual para todos” e “acesso aos serviços”, seja de forma genérica ou específica. As respostas podem ser divididas em duas formas: respostas que correspondem a um senso comum, como, por exemplo: o entendimento de equidade e universalidade, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990); princípios que garantem que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária e sem discriminação. E respostas que confluem com uma literatura que aborda equidade e universalidade, de forma ampliada, por exemplo, Kant e Aristóteles (1997/1999), como citado no capítulo 2, reconhecendo influências de processos como o excesso, a falta, a proporcionalidade, do útil e a lei universal.

Dentre as respostas das pesquisas que demonstram isso, destacam-se:

Azul: “Conceito: Equidade para os que mais precisam e Universalidade para todos. Diferenças: Equidade: priorizar, avaliar, analisar, classificar. Universalidade: para todos, sem distinção, muito abrangente...” [SIC]

Lilás: “Conceito: Acessibilidade independente de quem e de acordo com cada necessidade. Diferenças: Universalidade é o direito de todos e equidade é receber ou dar de acordo com sua necessidade”. [SIC]

Verde: “Conceito: A Equidade se define em acesso as mesmas condições de oportunidades e serviços, a universalidade se define em acesso sem restrições ou impedimentos de caráter discriminatório em relação aos serviços prestados, ou seja, seu acesso igual para todos.

Diferenças: Equidade é um tratamento justo e igualitário, a universalidade é um tratamento sem discriminação de raça, gênero ou qualquer outro meio de discriminação”. [SIC]

Ao entender a Equidade e a Universalidade enquanto conceitos fundamentais em diversas áreas, incluindo justiça social, política pública, saúde e direitos humanos, afirma-se que ambos buscam a justiça e a promoção do bem-estar, embora difiram em seus enfoques e aplicações.

Segundo Amartya Sen (2000), a equidade refere-se ao princípio de tratar as pessoas de forma justa, considerando suas circunstâncias e necessidades específicas, melhor dizendo, considerando as desigualdades sociais e a negligência histórica em relação ao acesso às políticas públicas e ao cuidado em saúde. Faz-se necessário publicizar, em todos os níveis de atenção do SUS, as políticas de equidade em saúde, destacando as singularidades de cada grupo, inserindo as temáticas na Rede de Atenção à Saúde por meio das Linhas de Cuidado e garantindo o atendimento integral. Portanto, promover a equidade em saúde não é um privilégio. Trata-se de “[...] ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (Brasil, 2017).

O conceito sugere que, em vez de tratar todos da mesma maneira, as políticas e ações devem fornecer suporte adicional àqueles que estão em desvantagem, para garantir uma igualdade de oportunidades.

Por outro lado, segundo Martha Nussbaum (2001) a universalidade se refere à ideia de que certos direitos ou princípios devem ser aplicáveis a todas as pessoas, independentemente de suas circunstâncias individuais. É uma abordagem que busca garantir que todos tenham acesso às mesmas oportunidades e direitos, muitas vezes apoiada em declarações e tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Trate a todos com igualdade e respeito. Mas na hora da ação use a equidade como medida (Damião Maximino).

3.3 Na opinião dos entrevistados, durante os atendimentos com os usuários é possível que os indivíduos recebam o mesmo nível de cuidado e atenção? Quais fatores consideram que podem afetar a equidade e universalidade durante os atendimentos? (Exemplo: raça, gênero, condições socioeconômicas)

Dentre as respostas em relação aos níveis de cuidados e atenção, fatores que podem afetar a equidade e universalidade durante os atendimentos, majoritariamente, relatam necessidades diferentes, alta demanda, dificuldade em um atendimento universal. Dentre as respostas das pesquisas que demonstram isso, destacam-se:

Azul: “Acho difícil, pois as necessidades são diferentes, assim como a capacidade de solicitar o cuidado. Preconceito, baixa capacidade de desenvolver um bom diagnóstico”. [SIC]

Lilás: “Não, a demanda é muito alta. A alta de demanda da unidade”. [SIC]

Verde: “Sim. Acredito que situações onde o cidadão se encontra com problemas com a justiça possa encontrar dificuldades em um atendimento universal”. [SIC]

Nesse sentido, os relatos que apresentam uma perspectiva negativa são precedidos por ressalvas, seja no relato de Azul, Lilás ou Verde, em que o parâmetro de comparação era a situação de necessidades diferentes, dificuldades em um atendimento universal etc., o de Lilás considera que não é possível, pois a alta demanda acaba gerando um alto comprometimento geral durante o atendimento, impedindo a execução de um atendimento de qualidade e de bom diagnóstico.

Portanto, consideramos que vários fatores podem afetar a equidade e universalidade durante os atendimentos no cotidiano; vale ressaltar que é uma problemática de alta demanda e necessidades diferentes. A prática profissional do Serviço Social no enfrentamento dessas situações necessita ser interdisciplinar e ter articulação em rede, em que os profissionais devem trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência qualificada e integral (Brasil, 2011, p.31).

Dado isso, podemos considerar que, durante os atendimentos no cotidiano do serviço social, a equidade e a universalidade envolvem uma complexa interação entre profissionais e usuários, em que tanto a equidade quanto a universalidade podem ser afetadas por diversos fatores, tais como: alta demanda, recursos institucionais, políticas públicas etc. É essencial que os profissionais de serviço social possam reconhecer e minimizar as barreiras que afetam a

equidade e a universalidade durante os atendimentos, reconhecer e buscar melhorar a assistência para construir uma sociedade mais inclusiva e igualitária.

Segundo o Conselho Federal da Enfermagem (COFEN) (2022), deve-se ressaltar que temos inúmeras fragilidades na assistência à saúde da população, desde a falta de estratégias de políticas públicas até o subfinanciamento tripartite. Importante destacar que o termo *saúde* engloba bem-estar físico, psicossocial, saneamento básico, água, lazer, renda, moradia, alimentação, emprego, transporte etc.

A COFEN reconhece os avanços necessários na área para que hoje tenhamos uma saúde universal. Somos um país de dimensão continental, com peculiaridades e complexidades, com costumes e culturas variadas, porém todos os brasileiros têm direitos iguais.

3.4 Na sua opinião, como a equidade e a universalidade podem ser garantidas para todos os segmentos da população? Qual o tipo de treinamento ou capacitação para que trabalhem com a equidade e a universalidade, nas palavras dos(as) entrevistadas(os)

De acordo com Teixeira e Braz (s.d), o projeto ético político do serviço social indica que os assistentes sociais, desde que estejam em um ambiente de democracia política, podem escolher caminhos e construir estratégias político-profissionais para influenciar os rumos da atuação; desse modo, é possível projetar ações que demarquem os compromissos ético-políticos da profissão.

Nesse contexto, os relatos analisados indicavam os desafios enfrentados, bem como a construção das estratégias para combatê-las. Os assistentes sociais entrevistados não tiveram explicações tão variadas em relação a como a equidade e a universalidade podem ser garantidas para a população em geral, os tipos de treinamentos e/ou capacitação para que os assistentes sociais trabalhem com esses princípios. Em maior grau, podemos destacar, ou definir, humanização dos atendimentos, conhecimentos melhores sobre os casos, investindo em políticas públicas, investimentos para o público-alvo e um ambiente mais equipado para atender demandas mais complexas. De formas diversas, demonstram essa mesma posição as seguintes respostas:

Azul: “Acho que o serviço social tem que estar preparado para receber o máximo de demandas e das mais diversas possíveis. A partir daí atender seu público conforme a gravidade

e urgência de cada uma. Avaliação de risco. Subsídios para realizar um bom diagnóstico. Conhecimentos sobre legislação relacionada à temática. Elementos para saber avaliar vulnerabilidades e priorizar o acesso”. [SIC]

Lilás: “Investindo nas políticas públicas. Humanização dos atendimentos”. [SIC]

Verde: “Não, acredito devido a vários problemas de infraestrutura e condições de trabalho dos profissionais, principalmente em áreas de risco social. Creio que o primeiro de tudo é revisar o código de ética da profissão e segundo procurar entender mais sobre a situação social do indivíduo que está atendendo, comitente com capacitações sobre o tema no ministério da saúde e demais órgãos da área”. [SIC]

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e de construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e de efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. (Iamamoto, 2007, p. 20).

A partir dessa citação, é notório que, mesmo atualmente, é necessário investir mais em políticas públicas, mas ainda existem limitações de recursos, dado que as UBS dependem do governo/Estado e podem enfrentar restrições de recursos financeiros, humanos e/ou materiais, o que afeta a capacidade de oferecer atendimentos equitativos e universais a todos os usuários. Devemos ressaltar que existe ainda a necessidade de capacidade para treinamento e/ou cursos para os profissionais, para que se tornem mais qualificados e treinados, buscando influenciar a qualidade e a abrangência dos atendimentos.

Conclui-se que os assistentes sociais precisaram lidar com esses desafios da melhor forma, tendo como base os parâmetros de atuação e a formação acadêmica, além dos desafios supracitados.

3.5 Na sua opinião, mudanças e/ou inovações na prática do serviço social em relação à equidade e universalidade na UBS nos próximos anos, como vê o papel do assistente social na promoção de uma sociedade mais justa e equitativa, nas palavras dos(as) entrevistados(as)

A inserção e o reconhecimento do assistente social como profissional da saúde ocorreram somente em 1997 por meio da Resolução do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional

de Saúde nº 218/1997 e pela Resolução CFESS nº 383/1999. Fazem parte de um movimento impulsionado pela Reforma Sanitária no Brasil, que amplia o conceito de saúde e reconhece a importância de compreender os determinantes sociais de saúde.

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde (Miotto; Nogueira, 2009, p. 223).

Posto isso, a categoria profissional de assistente social está na área da saúde desde sua origem, aumentando os estudos em suas dimensões acadêmicas, políticas e de trabalhos profissionais (Bravo; Matos, 2009). Pode-se notar que a categoria, por meio do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), esteve presente como participante em diversos debates da saúde, como a 11ª Conferência Nacional de Saúde; o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, além das plenárias sobre a saúde brasileira (Bravo; Matos, 2009). Isso ratifica e reconhece a participação do serviço social em espaços de luta a favor da saúde pública. O Serviço Social tem um papel fundamental na atenção básica e tem como objetivo garantir ações e programas que promovam a saúde, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade atendidos pela equipe de saúde, sendo responsável pela garantia do direito aos serviços de saúde, a articulação, bem como por vencer as desigualdades sociais e interagir com outras áreas profissionais.

Atualmente, com a maturação do serviço social e as mudanças da visualização da saúde, visto que o SUS a partir da CF 1988 se torna uma política social, em que os determinantes das condições de saúde articulam a área social e econômica (Nogueira; Miotto, 2009), o serviço social continua fazendo parte da área de saúde, onde o profissional é redefinido nos processos históricos (Costa, 2009), de modo a trabalhar com as políticas sociais que são instrumentos de trabalho profissional dos assistentes sociais.

Note-se que, nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (Costa, 2009, P. 310).

Assim, o assistente social – independente da área – contribui para o acesso às políticas sociais visando criar respostas às demandas dos usuários. Ademais, as alternativas de ações não

modificam as áreas, mas sim o perfil profissional e as forças institucionais, como salienta Vasconcelos (2009).

A partir disso, nas respostas qualitativas dos entrevistados(as) acerca de mudanças e/ou inovações da área do serviço social na UBS nos próximos anos e como vê o papel do assistente social na promoção de uma sociedade mais justa e equitativa, as entrevistadas demonstram ciência da situação em que melhorias são necessárias, mas sabem que isso não depende só dos assistentes sociais.

Seguem as respostas fornecidas:

Azul: “Maior discussão e aprofundamento do assunto. Penso que ele tem que focar de fato na qualidade e na garantia do acesso.” [SIC]

Lilás: “Mais investimento público real e não fictício, essencial”. [SIC]

Verde: “Ambiente de trabalho mais equipado para atender demandas mais complexas, unidades que atinjam outras áreas mais vulneráveis socialmente. O papel do assistente social é de garantir direitos sociais dos usuários sem discriminação e com imparcialidade, o assistente social está na linha de frente na garantia da equidade frente as expressões da questão social”. [SIC]

Assim, ao identificar e analisar as requisições e demandas apresentadas pelos profissionais, alguns elementos são essenciais para pensar sobre o exercício profissional do assistente social. O primeiro é que o assistente social é, segundo Yamamoto (1998), um sujeito que coloca em movimento seu acervo de saberes para construir seus fazeres e consolidar a direção social proposta para a profissão, ou seja, a atuação na perspectiva dos direitos. A partir dessas respostas da entrevista, percebe-se que os/as assistentes sociais da área da saúde passam por condicionantes de trabalho desfavoráveis para realizarem um exercício profissional de qualidade, pois são concretas as limitações que restringem as ações dos profissionais. O segundo elemento é que os assistentes sociais enfrentam desafios, dado que a falta de políticas públicas ou a pouca transferência de recursos para o Serviço Social pode dificultar a assistência a quem precisa.

Diante da complexa conjuntura política, é certo afirmar também que as condições de trabalho interferem na identificação das demandas de trabalho, uma vez que se exige a construção de respostas imediatas para as demandas imediatas, configuradas a partir de um “[...] padrão de política social vigente [que] limitam/potencializam a ação do assistente social.” (Guerra, 2009, p. 82).

Embora historicamente os assistentes sociais tenham se voltado à implementação de políticas públicas, como “executores terminais das políticas sociais”, como definiu José Paulo Netto, esse perfil vem mudando nos últimos anos e, apesar de ainda predominante, abrem-se novas alternativas e áreas de trabalho profissional. Os assistentes sociais passam a ser requisitados para atuar também na formulação e avaliação de políticas, bem como no planejamento e na gestão de programas e projetos sociais, desafiados a exercerem uma intervenção cada vez mais crítica e criativa.

A avaliação das políticas públicas também é uma área de atuação relevante para os assistentes sociais. Eles podem realizar pesquisas, coletar dados e analisar os resultados das políticas implementadas, verificando sua efetividade e impacto na vida das pessoas. Essa avaliação é fundamental para identificar possíveis ajustes e melhorias nas políticas, visando sempre aperfeiçoar sua aplicação e garantir sua eficácia na promoção do bem-estar social.

É importante destacar que o trabalho do assistente social nas políticas públicas envolve a interdisciplinaridade e a articulação com outros profissionais e setores da sociedade. A atuação em rede, o diálogo e a parceria são fundamentais para a construção de políticas mais abrangentes e efetivas.

CONCLUSÃO

O trabalho teve como objetivo geral analisar a garantia da universalidade e a equidade do acesso aos bens e serviços de saúde, sob o olhar dos assistentes sociais que prestam atendimentos na unidade básica de saúde do DF. O objeto específico em questão constitui-se diante da seguinte problemática: “A presença e a intervenção dos assistentes sociais na UBS contribuem para a universalidade e a equidade no acesso aos bens e serviços de saúde? Qual a percepção dos assistentes sociais da UBS em relação à saúde pública e ao acesso aos bens e direitos dos indivíduos?”

Foi feita análise de dados com pesquisa qualitativa, entre os funcionários e residentes⁷, sendo restringido somente aos assistentes sociais dessa Unidade Básica de Saúde. Considerando que se trata de UBS-escola⁸, haveria muitos dados para analisar, pois esperavam-se cinco respostas; entretanto, só obtivemos três. Durante o processo de pesquisa, foi necessário mudar o percurso da pesquisa: o que era pra ser de campo passou a ser online e pela ferramenta (Google forms), devido à dificuldade de marcar encontro com os profissionais. O perfil das assistentes sociais, trabalhadoras dessa Unidade Básica de Saúde, é majoritariamente feminino.

Foi observado nas entrevistas que as assistentes sociais buscam exercer seus trabalhos com qualidade, tentando fazer com que as demandas trazidas pelos usuários normalmente sejam atendidas. Porém, durante as entrevistas realizadas, foi mencionado que nem sempre é possível que durante os atendimentos haja equidade e universalidade, dado que são pessoas diferentes, demandas diferentes e alta demanda de serviços.

Com base nisso, pode-se dizer que a hipótese foi parcialmente comprovada, pois, durante a pesquisa, acreditava-se não ser possível que, durante os atendimentos entre assistente social e usuário, existissem equidade e universalidade, considerando que:

- Existem limitações de recursos: As UBS podem enfrentar restrições de recursos financeiros, humanos e materiais, o que pode afetar a capacidade de oferecer atendimentos equitativos e universais a todos os usuários.

⁷ Segundo Bessa (2018), *residentes* são o nome utilizado aos estudantes que fazem residência em sua área de formação, melhor dizendo, é uma pós-graduação *lato sensu* que oferece formação teórica e prática na área.

⁸ Segundo a Secretaria de Saúde do DF (SES, 2007) a Unidade Básica de Saúde (UBS) também funciona como espaço de ensino, pesquisa e prática para estudantes de saúde.

- Diferenças individuais: Cada usuário possui necessidades, circunstâncias e contextos diferentes, o que pode dificultar a aplicação de um padrão universal de atendimento.
- Barreiras estruturais e sociais: Questões como desigualdade socioeconômica e acesso desigual aos serviços de saúde implicam, muitas vezes, em não ser possível realizar agendamentos e atendimentos.
- Capacidade e treinamento e/ou cursos dos profissionais: A disponibilidade de profissionais de assistência social qualificados e treinados pode variar, o que influencia a qualidade e abrangência dos atendimentos.

Embora seja um objetivo importante buscar equidade e universalidade nos atendimentos, esses obstáculos podem dificultar sua plena realização em todos os casos. É fundamental reconhecer esses desafios e trabalhar para superá-los na busca por uma assistência mais justa e inclusiva.

Sendo assim, a Unidade Básica de Saúde busca fazer um atendimento justo e equitativo, mas dentro da realidade dos usuários, visando fazer um atendimento de qualidade e com resolução de problemas, além de prestar assistência de acordo com o Código de Ética da profissão do Serviço Social.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 19 dez. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, 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, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica, 2008. 52 p.: il. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CES/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

CARVALHO, Monique. **Feminização do serviço social: ainda persistem aspectos generificados nas motivações para ingressar o curso**. 2021. Disponível em: https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1611675580_AR-QUIVO_31831c3235715e7a4d29cea21931d553.pdf. Acesso em: 09 fev. 2025.

COFEN. Artigo destaca a importância da universalidade e equidade na Saúde. **Conselho Federal de Enfermagem**, 07 abr. 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/artigo-saude-e-um-direito-de-todos/>. Acesso em: 10 jul. 2024.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. CFESS, Brasília, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução n. 533, de 29 de setembro de 2008. **Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

COSTA, Érika. O trabalho do assistente social e a criação de políticas públicas. **Universidade Tiradentes (Unit)**. Disponível em: <https://portal.unit.br/blog/noticias/o-trabalho-do-assistente-social-e-a-criacao-de-politicas-publicas/>. Acesso em: 02 fev. 2025.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, ano XXI, 2000. p. 35 – 71.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

JOINPP. **O trabalho do assistente social nas políticas públicas: desafios cotidianos**. 2012. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/o-trabalho-do-assistente-social-nas-politicas-publicas_-desafios-cotidianos.pdf. Acesso em: 05 fev. 2025.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1997.

LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/plugin-file.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf#page=63. Acesso em: 11 jul. 2024.

MARCONSIN, C. **Documentação em Serviço Social: Debatendo a Concepção burocrática e rotineira**. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/>. Acesso em: 18 ago. 2024.

MINAYO. **Pesquisa Social, Teoria Método e Criatividade**. 26. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MORANGAS, Vicente Junqueira. **Diferença entre igualdade e equidade**. TJDFT, 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/sementes-da-equidade/diferenca-entre-igualdade-e-equidade>. Acesso em: 08 ago. 2024.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64**. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PARANHOS, Denise Gonçalves de Araújo Mello et al. **As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde**. Saúde em Debate, v. 42, n. 119, p. 1002-1011, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFkSgR5tLTxbfscVBxQ6WJB/>. Acesso em: 08 ago. 2024.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana E. et alii (Org.). **Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

VASCONCELOS, Ana M. et al. Serviço Social e práticas democráticas na saúde In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 242-272.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas de Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 242-272.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Senhor(a) _____

Por meio desta, Igla Alves Miranda, estudante em Serviço Social na Universidade de Brasília – UNB, informo a realização da pesquisa O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: analisar a equidade e a universalidade no acesso aos bens e serviços de saúde.

Na oportunidade, respeitosamente, solicito autorização e colaboração para que se realize a pesquisa com coleta de dados e com roteiro previamente elaborado sobre entrevista semiestruturada. Para registro das informações na entrevista presencial, será utilizado um gravador de áudio, o uso deste dispositivo é tão somente para registro da opinião do participante e não será direcionado a outros fins.

Haverá divulgação desses resultados, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme o TCLE que, se autorizada a pesquisa, será assinado por representante da instituição. Fica esclarecido que tal autorização é uma pré-condição para prosseguimento desta pesquisa.

Fica agradecida desde já vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento desta pesquisa científica na referida instituição. Maiores esclarecimentos podem ser obtidos na coordenação de Graduação em Serviço Social pelo número (61) 983326539 ou diretamente na pessoa da orientadora Prof.^a Dra. Karen Santana de Almeida Vieira pelo e-mail:karenunb@unb.br

Atenciosamente,

Prof.^a Doutora. Karen Santana de Almeida Vieira

*Orientadora do PTCC e TCC
Departamento de Serviço Social
ICH/SER/UnB*

Pesquisador(a) Igla Alves Miranda

*Graduanda de serviço social– Matrícula: 180018698
Departamento de Serviço Social
ICH/SER/UnB*

APÊNDICE B – Questionário/roteiro de entrevista

Questionário sobre Equidade e Universalidade no atendimento durante o cotidiano na UBS:

1. Como você define equidade e universalidade?
2. Quais são as principais diferenças entre equidade e universalidade, na sua opinião?
3. Na sua opinião, durante os atendimentos com os usuários é possível que os indivíduos recebam o mesmo nível de cuidado e atenção?
4. Quais fatores você considera que podem afetar a equidade e universalidade durante os atendimentos? (exemplo: raça, gênero, condição socioeconômica)
5. Na sua experiência, como a equidade e a universalidade dos serviços sociais pode ser garantida para todos os segmentos da população?
6. Que tipo de treinamento ou capacitação você considera importante para que os assistentes sociais trabalhem com equidade e universalidade?
7. Quais mudanças ou inovações você gostaria de ver na prática do serviço social em relação à equidade e universalidade nos próximos anos?
8. Como você vê o papel do assistente social na promoção de uma sociedade mais justa e equitativa?