

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O  
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-  
OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre

2009

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O  
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-  
OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Suárez Maciel

Porto Alegre

2009

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O  
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-  
OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Suárez Maciel

Orientadora: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

---

Profa. Dra. Dolores Sanches Wunsch

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

---

Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS

*Aos meus pais Suelly e Luiz, irmãos Sidinei e Lucas, sobrinhos Patrícia e Gabriel e ao meu amor Elizeu, pela motivação para a construção deste trabalho e por tudo o que representam na minha vida...*

## *AGRADECIMENTOS*

*Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.*

*Johann Wolfgang Von Goethe*

*Na ocasião de conclusão desse importante processo na minha formação profissional, tenho o imenso prazer de manifestar meu reconhecimento ao “universo particular” que conspirou para que o objetivo de me tornar Mestre em Serviço Social, por fim se concretizasse:*

*A essa força maior que chamamos de **Deus**, pela luz, fé, inspiração mental e espiritual que representa no enfrentamento dos desafios cotidianos e por me permitir tecer esses agradecimentos nesse momento.*

*Aos meus **pais, irmãos, cunhadas, sobrinhos e afilhados**, origem e razão maior da busca cotidiana por tornar-me um ser humano melhor.*

*Ao **Elizeu**, pelo amor, companheirismo e dedicação em todas as coisas que fizemos e naquelas que ainda faremos juntos.*

*Aos meus **amigos e amigas**, pela conspiração a meu favor, mesmo nas ocasiões em que estivemos mais distantes geograficamente ou que tudo parecia perdido e sem sentido. Tenho certeza de que cada um de vocês saberá se reconhecer nesse espaço.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo financiamento integral do Mestrado em Serviço Social.*

*Ao corpo docente do **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS)** da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), por protagonizarem competentemente o curso de Mestrado em Serviço Social.*

*Aos secretários da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) **Juliana e Antônio**, pela gentileza e colaboração sempre que solicitei quaisquer de seus serviços.*

*Aos integrantes do **Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência (NEPEVI)** da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pelo incentivo, acolhida e fortalecimento da paixão pela pesquisa.*

*Aos integrantes do **Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST)** da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pela parceria de*

trabalho, longas e descontraídas conversas e divagações de toda ordem.

À minha orientadora **Ana Lúcia Suárez Maciel**, pela coerência profissional, pelo compromisso ético-político e rigor teórico-metodológico impressos nas interlocuções que tivemos nesse processo de formação profissional e por ter assumido comigo essa empreitada, suas facilidades e dificuldades.

Aos colegas do Mestrado em Serviço Social e àqueles com os quais tive a oportunidade de fazer disciplinas ou integrar pesquisas, em especial, aos amigos **Erica** Monteiro do Bomfim Bordin, **Jocenir** de Oliveira Silva, **Gisele** Comiran; **Priscila** Françoise Vitaca Rodrigues, **Martha** Helena Weizenmann e **Viviane** F. de Menezes, pelas discussões e contribuições singulares no processo de formação profissional e pelos momentos particulares de convivência e amizade.

À **banca examinadora**, pela disponibilidade em participar do processo de qualificação e defesa e pelas valiosas contribuições para a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social.

À **Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde (CGRABS)** da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul (RS), por ter permitido a realização da pesquisa que embasou a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social.

Às **assistentes sociais** sujeitos da pesquisa que embasou a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social, pelas valiosas comunicações sobre o trabalho que desenvolvem na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica que tanta paixão nos desperta.

Enfim, agradeço a **todos** que de uma forma ou de outra conspiraram para a concretização dessa importante etapa na minha formação profissional.

*Uma coisa eu sei sobre os começos. Os fins estão sempre lá...  
Uma coisa eu sei sobre os fins. Não há nada nos começos que os impeça a chegada...  
E as linhas vão trocando cores inevitáveis...*

*Ane Aguirre*

## RESUMO

Esta dissertação se constitui em um estudo de caráter exploratório e explicativo sobre o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva e se encontra ancorada em uma abordagem qualitativa que se baseia na teoria e no método materialista histórico dialético. O problema de pesquisa parte da seguinte interrogação: “como se configura o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica?” com o objetivo de analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição para o campo da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os sujeitos da pesquisa são as oito (08) assistentes sociais que no ano de 2007 trabalharam em unidades da atenção básica em saúde no referido município. No processo de coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com aplicação de formulário composto de questões abertas e fechadas complementada pela observação assistemática ou não estruturada do *lócus* de pesquisa registrada em diário de campo. As informações qualitativas foram submetidas à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (1977), identificando-se núcleos temáticos e frequências dos temas nas comunicações das assistentes sociais, de acordo com as sínteses das categorias temáticas ou explicativas da realidade: processo de trabalho, saúde coletiva e direito à saúde e das subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: atribuições privativas, competências, atenção básica e modelo de atenção, mediadas pelos aportes teórico-metodológicos que dão suporte para a discussão e as proposições tecidas. Os resultados da pesquisa indicam que o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica configura-se pela fusão de práticas tradicionais e conservadoras com ações inovadoras e críticas, que informam as disputas de projetos profissionais tanto no



âmbito da profissão, quanto do cenário que a própria política de saúde encerra em sua relação com o projeto societário capitalista hegemônico. O assistente social participa do processo de trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica assumindo o desafio de articular os princípios do projeto profissional àqueles orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS), na tensa intersecção entre a esfera pública e os ditames do projeto profissional e societário hegemônicos. Nesse cenário conflituoso e contraditório afirma-se a dimensão qualitativa do trabalho do assistente social: socialmente construído, criador de valores de uso e indispensável na mediação do acesso às ações intersetoriais, bens e serviços necessários à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado.

**Palavras chave:** Processo de trabalho. Saúde coletiva. Direito à saúde.

## ABSTRACT

This dissertation constitutes a study of exploratory and explanatory report on the work process involved the social worker in public health and is grounded in a qualitative approach based on the theory and method in historical materialist dialectical. The problem of research is the next question: "how to setup the work process involved the social worker in public health in the socio-occupational primary care?" with the objective to examine the settings of the working process in which it participates the social worker in public health in the socio-occupational primary care of Unified Health System (SUS) in Porto Alegre in Rio Grande do Sul (RS) in order to contribute to a better integration of work and professional project from the perspective of security of rights, to discuss and better characterize the professional identity giving greater visibility to the profession and its contribution to the field of public health in the socio-occupational primary care under the Unified Health System (SUS). The subjects are the eight (08) social workers who in 2007 worked in units of primary health care in that district. In the process of data collection used the technique of semi-structured application form consisting of both open and closed complemented by systematic observation or unstructured locus of research reported in the field diary. The qualitative information was submitted to content analysis of thematic focus based on Bardin (1977), identifying thematic nucleus and frequencies of the themes in the communications of social workers, according to the summaries of the thematic categories or explanatory of reality: work process, public health and right to health and thematic subcategories or explanatory of reality: specific attribution, responsibilities and primary care model, mediated by the theoretical-methodological support for the discussion and propositions woven. The survey results indicate that the work process involved the social worker in public health in the socio-occupational primary care is characterized by the fusion of traditional and conservative actions with innovative and critical disputes that inform design professionals both within the profession, as the scenario that the very health policy in terminating its relationship with the societal capitalist hegemonic project. The social worker participates in the work process in collective health in the socio-occupational primary care, taking on the challenge to articulate the principles of professional project to those guiding of Unified Health System (SUS), in the tense intersection

between the public sphere and dictates of the professional project and societal hegemonic. In this scenario conflicting and contradictory claims to the qualitative dimension of the social work: socially constructed, use values creator and essential in the mediation access to intersectoral actions, goods and services necessary for the realization of the social right to health of State responsibility.

**Keywords:** Work process. Health. Right to health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas da saúde (NOBs), regras para a descentralização e adoção de incentivos financeiros no Brasil (1990-2002).....	41
Figura 1 – Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	43
Quadro 2 – Dimensões da política de saúde no campo da Medicina Científica e da Saúde Coletiva na contemporaneidade.....	50
Quadro 3 – Níveis de prevenção em saúde do Modelo da História Natural da Doença (PND).....	53
Figura 2 – Esquema metodológico da pesquisa.....	76
Tabela 1 – Cursos de formação complementar das assistentes sociais graduadas na vigência do currículo de 1982.....	90
Tabela 2 – Relações de trabalho dos sujeitos da pesquisa no ano de 2007.....	95
Quadro 4 – Relação entre os princípios doutrinários e organizativos da saúde e os princípios éticos fundamentais do assistente social.....	127

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>18</b>
2.1	A PROTEÇÃO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	19
2.2	O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL E INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	35
2.3	ORIGEM E PRESSUPOSTOS DA SAÚDE COLETIVA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	51
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>72</b>
3.1	PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.....	73
3.2	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	77
3.3	MÉTODO E CATEGORIAS.....	78
3.4	UNIVERSO DA PESQUISA E PROCESSO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	82
<b>3.4.1</b>	<b>Caracterização Sócio-demográfica, da Formação e da Inserção Sócio-Ocupacional dos Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>85</b>
3.5	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	95
3.6	ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS.....	98
<b>4</b>	<b>O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA.....</b>	<b>103</b>
4.1	A CENTRALIDADE DO TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA.....	104
<b>4.1.1</b>	<b>Trabalho e o Serviço Social.....</b>	<b>113</b>

4.2 CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	121
4.3 MODELO DE ATENÇÃO QUE FUNDAMENTA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	148

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>163</b>
--	------------

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>169</b>
-------------------------	------------

<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da pesquisa.....</b>	<b>191</b>
---	------------

<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>193</b>
---	------------

<b>ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).....</b>	<b>194</b>
--	------------

<b>ANEXO B – Manchete sobre a destituição do Comitê de Ética em Pesquisa de Porto Alegre (RS).....</b>	<b>195</b>
--	------------

## 1 INTRODUÇÃO

Em que pesem às transformações processadas no mundo do trabalho e a relação social contraditória que o modo de produção capitalista em sua versão contemporânea de capital fetiche encerra, parte-se do pressuposto de que o trabalho constitui categoria central para explicar o movimento da realidade social, elemento no qual se fundamenta a importância de estudos problematizando essa temática (ANTUNES, 1998, IAMAMOTO; 2008). É na condição de trabalhador assalariado, partícipe da divisão sócio-técnica do trabalho e sujeito às injunções que determinam a relação social do capital que o assistente social inserido no espaço sócio-ocupacional da atenção básica desenvolve seu trabalho na saúde coletiva. Articulando os princípios norteadores do projeto profissional àqueles orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho do assistente social implica na transformação das demandas sociais em necessidades sociais de saúde e na mediação do acesso às ações setoriais, bens e serviços necessários à efetivação da saúde como direito social de responsabilidade do Estado.

Esse estudo de caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa versa sobre a temática do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A aproximação e o interesse pela temática relacionam-se ao processo de trabalho desenvolvido pela autora junto à equipe multiprofissional composta por categorias profissionais de saúde de nível superior efetivando atividades práticas e teóricas no que tange à atenção, planejamento, gestão e avaliação de serviços e ações em saúde em unidades da atenção básica e atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS), durante o processo de formação de ensino em serviço com ênfase em atenção básica em saúde coletiva em um Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS).

As contradições e indagações emergidas no âmbito da formação e do trabalho desenvolvidos naquele contexto contribuíram para a elaboração do seguinte problema de pesquisa: como se configura o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica? Na busca de formulação de respostas para esta problemática, estabeleceram-se relações entre os elementos julgados passíveis de interferência nas configurações

do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), desdobrados em questões norteadoras acompanhadas dos respectivos objetivos específicos. O objetivo geral foi o de analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos.

O referencial teórico-epistemológico fundamentador desse processo é a teoria e o método materialista histórico dialético e suas categorias: historicidade, totalidade, contradição e mediação. Na discussão e apropriação das categorias temáticas ou explicativas da realidade utilizadas com o propósito de mediar o movimento de reconstituição da realidade social: processo de trabalho, saúde coletiva e direito à saúde, complementadas pelas subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: atribuições privativas, competências, atenção básica e modelo de atenção em saúde; promoveu-se um diálogo entre a produção teórica da profissão acerca do trabalho do assistente social em espaços sócio-ocupacionais da política de saúde e principais instrumentos normativo-legais orientadores do projeto profissional do Serviço Social com aqueles instrumentos jurídicos que tratam da institucionalização da saúde como direito social de responsabilidade do Estado, principalmente a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e as Portarias do Ministério da Saúde (MS) sobre a atenção básica, programas e estratégias nesse âmbito, além das mediações realizadas com os autores que se dedicam à produção teórica no campo da saúde coletiva.

As categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade inspiraram a organização da presente dissertação de Mestrado em Serviço Social em três capítulos teórico-analíticos. O primeiro capítulo dedica-se à breve discussão acerca da proteção social e particularidades da organização da atenção na política de saúde, da tradicional prática médico-previdenciária à conformação de uma saúde pública como produto do movimento de Reforma Sanitária no país. Contempla o processo de institucionalização da seguridade social na Constituição Federal de 1988 e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a apresentação das fases



históricas da saúde coletiva no Brasil em seu movimento por constituir-se campo de saberes e práticas e da organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), sinalizando as principais medidas aprovadas no contexto contemporâneo.

O segundo capítulo resgata o percurso metodológico que compreende o ciclo da pesquisa em três grandes etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo e o tratamento do material. A fase exploratória contém a definição do problema de pesquisa, questões norteadoras e objetivos, caracterização da abordagem e tipo de estudo, apresentação do método e suas categorias e o processo de escolha do universo e sujeitos da pesquisa. Neste contexto introduz-se a análise dos dados empíricos acerca da caracterização sócio-demográfica, da formação e da inserção sócio-ocupacional dos assistentes sociais que participaram da pesquisa. O trabalho de campo abrange a apresentação das técnicas, dos instrumentos e dos procedimentos de coleta dos dados empíricos no *lócus* de pesquisa. O tratamento do material elucida as formas de análise dos dados empíricos, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

No terceiro capítulo discute-se a centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, o Serviço Social como trabalho especializado e partícipe do processo de trabalho na saúde coletiva e apresentam-se as formulações e sínteses como totalizações provisórias mediando-se os aportes teóricos com os dados empíricos da pesquisa e dando visibilidade às configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no município de Porto Alegre (RS). Por fim, tecem-se as considerações finais através da construção de formulações e sínteses como totalizações provisórias em resposta às questões norteadoras do estudo e algumas proposições.

A realização desse estudo tem relevância acadêmica, profissional e social posto que para além da produção do conhecimento sobre a temática, propõe-se a fornecer subsídios para a apreensão do tema na qualificação do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição para o campo da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica. O privilegiamento da saúde coletiva enquanto conjunto de práticas

em nível econômico, político, ideológico e técnico que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), está calcado na identificação de convergência do seu objeto com as expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social. O nível de atenção básica em saúde foi escolhido devido ao fato de constituir espaço sócio-ocupacional do assistente social na atual forma de organização da política de saúde público-estatal no país, representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cenário no qual se desenvolve um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

## 2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo resgatam-se alguns dos principais elementos que marcaram a trajetória da política de saúde brasileira, através da contextualização do processo percorrido em direção à institucionalização da saúde como direito social e problematização das formas de organização e os modelos de atenção em disputa nos diferentes contextos históricos. No primeiro item constam a caracterização da proteção social e as particularidades da organização da atenção na tradicional prática médico-previdenciária, focalizada na ação individualizada, com caráter biologicista, privatista e hospitalocêntrico, que vinculava o direito social ao registro formal de trabalho, intermediada pelo Estado como estratégia de reprodução social e quietação coletiva necessárias à expansão e acumulação capitalista e os auspícios da conformação de uma saúde pública como produto da luta coletiva dos diversos atores sociais, protagonizada principalmente pelos profissionais advindos do campo da saúde coletiva, movimentos sociais e sindicais, partidos políticos e população em geral, que desencadeou o movimento de Reforma Sanitária no país.

O segundo item aborda os principais avanços ocorridos com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, contexto em que se institucionaliza a seguridade social e em particular a saúde como direito social de responsabilidade do Estado e paradoxalmente, os retrocessos desencadeados pela política econômica de cunho neoliberal de minimização estatal. Por fim resgatam-se origem e pressupostos da saúde coletiva e a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), primeiro nível de atenção na atual conformação da política pública de saúde, escolhido como *locus* de coleta de dados empíricos da pesquisa que embasou a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social e subcategoria temática e/ou explicativa da realidade.

## 2.1 A PROTEÇÃO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

As políticas de proteção social adotadas pela agenda governamental em cada contexto histórico partem de determinações que dizem respeito não apenas aos aspectos de ordem econômica, mas à perspectiva de articulação com um conjunto de elementos de ordem política, social e cultural. O processo contraditório de garantia/negação dos direitos sociais nos mais diversos âmbitos apresenta estreita relação com as metamorfoses sofridas pelo modo de acumulação capitalista e seus rebatimentos sobre as relações no mundo do trabalho. Historicamente, o papel desempenhado pelo Estado na proposição e gestão das políticas sociais traduziu-se em estratégia mediadora da reprodução da força de trabalho (MOTA, 2005), elemento indispensável à acumulação do modo de produção capitalista que também expressa a trama social de relações entre Estado, sociedade civil e mercado.

A concepção de sistemas de proteção social pressupõe diferentes modalidades de ações que de forma institucionalizada ou não, visam à proteção contra riscos inerentes à vida humana através do atendimento das necessidades básicas e sociais decorrentes da vida em sociedade, bem como à prestação de assistência às múltiplas situações de privação de direitos sociais (DI GIOVANI, 1998). Conforme Pereira (2002, p. 16), trata-se de um conceito amplo que desde meados do século XX engloba “[...] a seguridade social (ou segurança social), o asseguração ou garantias à seguridade e políticas sociais”, sendo que:

[...] A primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguração identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2002, p. 16).

À medida que se insere no âmbito dos direitos traduzíveis em políticas sociais, a proteção social integra a consolidação da cidadania. Viana (2005, p. 07), assinala que “[...] os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade”. Do ponto de vista da equidade, no tocante à igualdade de

oportunidades de inclusão social é preciso equiparar-se a igualdade de oportunidades de proteção social, visto que “[...] os riscos são o outro lado da moeda que as oportunidades representam e que a falta de equidade concentra nos grupos desprotegidos as desvantagens da exclusão social e a maior exposição a riscos” (COMISSÃO..., 2006, p. 07).

Mota (2004, p. 01-02), refere que as políticas de proteção social são consideradas “[...] produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato.” Denota disso, a estruturação de sistemas de seguridade social tanto nas sociedades capitalistas desenvolvidas, quanto nos chamados países de economia periférica<sup>1</sup>, a exemplo da América Latina e do Brasil, no interior de um movimento contraditório de disputas de interesses de classe, face ao modo de absorção das reivindicações sociais por parte do capital e do encaminhamento da ação estatal. Em uma primeira aproximação, as políticas sociais se referem “[...] ao processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados” (FALEIROS, 2000, p. 43).

As medidas de proteção social existentes na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista<sup>2</sup> podem ser caracterizadas como embriões da seguridade social no Brasil. A pressão da classe operária organizada nessa transição e as necessidades estruturais do processo de acumulação capitalista demandaram a intervenção estatal nos contratos de compra e venda da força de trabalho, nas condições de trabalho, saúde e segurança social dos trabalhadores (legislações trabalhista, acidentária, sanitária, dentre outras). O redirecionamento da intervenção do Estado situa-o mais diretamente no processo de valorização do capital, redefine suas relações com as classes sociais e reestrutura a prática das suas instituições (MOTA, 2005). A origem e a expansão da seguridade social

---

<sup>1</sup> Dias Carcanholo (2005) observa que essa nomenclatura apresenta variações de acordo com as conjunturas político-econômicas, sendo as economias nessa situação, além de periféricas, chamadas de subdesenvolvidas, em vias de desenvolvimento, ‘mercados emergentes’, dentre outros neologismos. O termo economia periférica diz respeito ao país ou região que apresenta, de modo geral “[...] instáveis trajetórias de crescimento, forte dependência de capitais externos para financiar suas contas correntes (fragilidade financeira), baixa capacidade de resistência frente a choques externos (vulnerabilidade externa), e altas concentrações de renda e riqueza [...]” (DIAS CARCANHOLO, 2005, p. 01).

<sup>2</sup> Para os economistas marxistas o termo capitalismo monopolista é profusamente usado para designar o estágio do capitalismo em curso desde, aproximadamente, o último quartel do século XIX e que atinge maturidade logo após a Segunda Guerra Mundial (SWEEZY, 2004).

brasileira, no bojo do modo de produção capitalista, estão atreladas ao processo de acumulação da riqueza e sua forma de organizar o trabalho, à capacidade de resistência dos trabalhadores e às interfaces do Estado diante dessas correlações de forças.

No decorrer do século XX, a estruturação da seguridade social brasileira esteve ancorada na “cidadania regulada” através da organização do seguro social, contexto em que eram considerados cidadãos os trabalhadores inseridos no mercado formal, vinculando-se o direito social à saúde ao registro formal de trabalho no âmbito da previdência social, representado pelo binômio medicina/trabalho formal. Entre os anos de 1920 e 1980 duas formas de atenção orientaram a organização da saúde no país: a saúde pública, com seu modelo campanhista sanitário e a medicina previdenciária, de cunho privatista, curativista e restritivo àquelas profissões reconhecidas em lei, cujos trabalhadores pertenciam ao mercado de trabalho formal (SANTOS, 1979; COHN, 1996; BRAVO, 2006; BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO, MATOS, 2006b; DIAS, 2007).

A medicina previdenciária teve como marco histórico a unificação e absorção das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>3</sup> pelos serviços do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs)<sup>4</sup>. Embora essa unificação tenha ampliado a cobertura para outras categorias profissionais, fatores como o crescimento acelerado dos assalariados urbanos influenciaram na redução dos serviços prestados (COHN, 1996; BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO, MATOS, 2006b). A partir da década de 1950, estrutura-se uma atenção médica hospitalar de natureza privada e com fins lucrativos, apontando a formação de empresas médicas que pressionavam do Estado o financiamento da produção privada de atenção em saúde (BRAVO, 2006).

Da década de 1950 aos anos 1964, há um relativo crescimento dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar, dificuldades para eliminar-se

---

<sup>3</sup> As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) constituíram a primeira modalidade de seguro para trabalhadores privados no Brasil. Os trabalhadores ferroviários foram os primeiros beneficiados com a aprovação do Decreto n. 4.682/1923, de iniciativa do deputado paulista Eloy Chaves (1875-1964), posteriormente estendido às demais empresas. Eram organizadas por empresas por meio de contrato compulsório e forma contributiva e sua função era a de prestar benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica a seus filiados e dependentes (COHN, 1996; COUTO, 2004).

<sup>4</sup> Juridicamente concebidos como entidades autárquicas com presença administrativa do Estado, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) surgem a partir da unificação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e da congregação dos trabalhadores por categorias profissionais. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos trabalhadores Marítimos (IAPC) em 1933 foram precursores dessa modalidade de seguro social (COHN, 1996).

o quadro de doenças parasitárias, elevação das taxas de morbidade e mortalidade, maior sofisticação das campanhas sanitárias e racionalização político-administrativa (BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO, MATOS, 2006b). Com a institucionalização legal da previdência social através da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS)<sup>5</sup> em 1960, uniformizam-se os benefícios prestados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

O grande desenvolvimento da medicina assistencial-hospitalar ocorre dentro do próprio sistema de proteção social representado pela previdência social, estando a atenção em saúde voltada para os seus beneficiários. A previdência social torna-se responsável pela assistência médica individual aos beneficiários e sua cobertura adquire caráter universal aos trabalhadores urbanos do mercado formal (COHN, 1996; COUTO, 2004), cristalizando-se o “[...] vínculo fundamental da previdência social com o processo de acumulação [...]” (COHN, 1996, p. 19). Convém destacar que a assistência médica introduzida nesse contexto ocorre sob forma de compensação diante da deteriorização do salário mínimo real e da conseqüente diminuição da capacidade de consumo (DIAS, 2007).

Por outro lado, havia também as ações de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de promoção do saneamento do país, cujas características principais foram a ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas rurais e a criação dos serviços de combate às endemias (BRAVO, 2006; BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO, MATOS, 2006b). A responsabilidade de execução de programas nessas áreas estava a cargo de órgãos em nível federal, estadual e municipal, apesar das tentativas estatais de centralização do poder e das não-obstantes contradições em relação às formas de atenção:

Desde o final dos anos 40 [1940] já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60 [1960], a dicotomia assistência médica/saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 179).

---

<sup>5</sup> A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) é de autoria do Deputado Aluizio Alves e vinha tramitando no Congresso desde 1947 (COUTO, 2004).

Com respaldo do ideário da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>6</sup> de ampliação das responsabilidades do Estado na proteção da saúde da população, cria-se em 1953 o Ministério da Saúde (MS)<sup>7</sup>, com a responsabilidade de organização de políticas nacionais de saúde, alimentação, nutrição e atenção em saúde de interesse coletivo. O desmembramento do extinto Ministério da Educação e Saúde restringiu o orçamento destinado a esta última para um terço, de tal modo que o financiamento estrutural da atenção em saúde não cobria o atendimento para a maior parte da população, deixando-a à margem de qualquer forma de proteção social, especialmente a população rural (BRAGA; PAULA, 1981). A organização da saúde pública propriamente dita era ainda incipiente devido à centralização dos serviços de saúde e à progressiva separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária, que apesar de pública tinha caráter de cobertura parcial.

O debate embrionário acerca de um modelo de atenção baseado na integração de ações individuais e coletivas, mediante o rompimento da dicotomia entre assistência médica e saúde pública teve como precursor Mario Magalhães, secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1963 com o tema “Municipalização dos Serviços de Saúde” (BRASIL, 1963). A proposição contemplava a criação de um modelo tecnológico mais racional (com serviços permanentes, municipalizados e controlados pelo Estado), com uma hierarquia de complexidade tecnológica com menor custo, sem a influência das leis de mercado e numa perspectiva desenvolvimentista de integração e planejamento das ações em saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Nesse contexto era intensamente propagada a idéia de que “[...] a doença e a miséria só seriam controladas com o desenvolvimento econômico” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 179). Esse atrelamento do planejamento em saúde à política econômica fica evidenciado no conteúdo do relatório oficial da referida III Conferência Nacional de Saúde (CNS) ao registrar a preocupação em ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas e transformar a política de saúde num instrumento dinâmico de ativação do processo de desenvolvimento, a

---

<sup>6</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), fundada em 07 de abril de 1948 (BARROS, 2006).

<sup>7</sup> Instituído pela Lei n. 1920 de 25 de julho de 1953, após desmembramento do Ministério da Educação e Saúde (de 14 de novembro de 1930), a quem competia o desenvolvimento das ações de saúde pública anteriormente ao Ministério da Educação (MS).



ser traduzido em um plano, isto é, um agregado de princípios e normas que condensasse no tempo e no espaço decisões racionais:

[...] Em um país em desenvolvimento como o Brasil, com taxa de incremento demográfico e crescente demanda de serviços assistenciais, resultante da elevação da renda e do acréscimo do poder reivindicatório das massas, contrastando com a escassez de recursos para atender ao clamor daquelas necessidades crescentes, a idéia do planejamento adquire força especial (BRASIL, 1963, p. 01).

O planejamento em saúde implicava em “[...] confrontar recursos e necessidades e estabelecer uma hierarquia de prioridades que permita atender a médio e longo prazo, ao pressuposto do crescimento econômico” (BRASIL, 1963, p. 01). No entanto, não deveria “[...] descuidar os infortúnios que, a curto prazo, a doença acarreta aos agrupamentos mais exposto aos seus riscos” (BRASIL, 1963, p. 01). A ação de planejar em saúde surge como uma estratégia cujos fins encontram-se atrelados à mesma lógica de dependência das demais políticas sociais à política econômica, centralizada na exigência de viabilizar as condições necessárias para a reprodução da força de trabalho. O próprio circuito médico-sanitário corroborou com o arranjo de tornar a saúde pública uma estratégia de apoio ao desenvolvimento econômico, processo que desencadeou um crescimento das redes de saúde públicas estaduais e municipais e no atendimento de Pronto-Socorro em atenção àqueles que se encontravam excluídos do sistema previdenciário (DIAS, 2007).

De acordo com a análise proposta por Silva (2004, p. 32), a política social está em permanente contradição com a política econômica “[...] uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado.” Em termos gerais, a política social precisa estar sempre de acordo com os orçamentos da política econômica e é comum que esta não priorize o social. Para uma relação de harmonia entre política social e econômica, seria necessário que ambas partissem do mesmo pressuposto: garantir a satisfação das necessidades sociais e o acesso universal aos direitos sociais.

Cabe destacar que a concepção de política de saúde aqui utilizada compreende a “[...] resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus

determinantes [...]” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74). Constitui a forma com que o Estado reage frente às condições de saúde demandadas pela população, no sentido de formular propostas de ação pública que dêem conta da materialização da saúde como direito social.

A instauração da ditadura militar no período pós-1964 (1964-1985) altera significativamente as manifestações sociais que buscavam sustentação para as reformas necessárias à melhoria da qualidade de vida da população, bem como a discussão acerca das inadiáveis transformações no âmbito da política de saúde. A forma de governo estabelecida a partir do golpe militar teve uma incidência importante no campo dos direitos sociais, caracterizando-se pela tomada de poder por forças militares, recesso<sup>8</sup> e controle do Congresso Nacional, utilização da força, repressão e perseguição política, incentivo ao progresso, culto ao ufanismo e estabelecimento da censura, ações consideradas necessárias para garantir a transformação do país em uma grande potência econômica e reorganizar as condições necessárias para manter a sua relação com o capitalismo internacional (COUTO, 2004; DIAS, 2007). O período ditatorial expressou para além da derrota das forças democráticas, uma forma de impedir que a resistência social obstaculizasse a eclosão do capitalismo monopolista.

No decorrer da primeira década de ditadura militar (1964-1974) observa-se o crescimento na forma de organização da saúde com base na medicina previdenciária em detrimento à saúde pública. Expandem-se a cobertura previdenciária e as práticas médicas com ênfase curativa, cria-se um complexo médico-industrial, cresce a interferência estatal na previdência e a disparidade na atenção à clientela (TEIXEIRA, 1995; BRAVO, 2006). Ocorrem privatizações na previdência social e na medicina previdenciária, cuja atenção em saúde distancia-se progressivamente das necessidades da classe trabalhadora e população em geral.

O sistema de atenção médica individual destaca-se como padrão de saúde orientando um quantitativo crescimento da produção dessa área, construção de hospitais, laboratórios e serviços privados com o financiamento proveniente do setor público. Segundo Bravo (2006) o bloco de poder instalado no aparelho estatal, modifica gradativamente a sua relação com a sociedade civil, com vistas à

---

<sup>8</sup> Sobre isso ver Ato Institucional n. 5 (AI-5) e Ato Complementar n. 38. O primeiro foi decretado em 1968 pelo Presidente da República Federativa do Brasil General Costa e Silva dando ao regime militar poder absoluto e restringindo as liberdades individuais.

consolidação da hegemonia não alcançada no decurso dos primeiros dez anos de ditadura militar. As políticas sociais desse período objetivaram a obtenção de maior efetividade no enfrentamento dos problemas sociais como meio de canalizar as reivindicações e pressões sociais, estratégias necessárias para garantir a legitimidade da dominação capitalista.

Nesse ínterim é efetivada a centralização administrativa pela unificação da previdência social que se fizera inviável na democracia populista<sup>9</sup> criando-se em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>10</sup>, entretanto, reproduzindo a lógica de vinculação do direito social ao registro formal de trabalho. Sua promulgação ocorre num contexto de forte pressão social pela maior efetividade do sistema previdenciário, cuja estrutura organizacional contemplava uma participação reduzida na gerência e controle social por parte dos trabalhadores (COHN, 1996). Aprofunda-se a caracterização assistencialista da previdência social que imune de todas as formas de controle da classe trabalhadora, assume paulatinamente maior presença pública na assistência médica:

São agora os serviços públicos que passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões, que contemplam todo um segmento de assalariados que, do ponto de vista da capacidade produtiva, foi sucateado pelo próprio sistema, e é impotente do ponto de vista da defesa dos seus direitos básicos [...] (COHN, 1996, p. 19).

Os rebatimentos do período ditatorial promoveram ampla privatização na atenção em saúde e contribuíram para a regulamentação da previdência privada, ratificando a subordinação destas à política econômica suplantada. Discutindo a respeito disso, Faleiros (2000) identifica a presença de heterogeneidade no acesso aos serviços de saúde entre os diversos segmentos sociais nesse período: os ricos contavam com o setor privado; os assalariados e classe média dispunham de planos de saúde; os contribuintes adquiriam seus serviços; enquanto os pobres dependiam exclusivamente da caridade praticada por entidades filantrópicas com o apoio estatal.

---

<sup>9</sup> Forma política que tem como principal fonte de inspiração e referência o povo, considerado agregado social homogêneo e exclusivo depositário de valores positivos, específicos e permanentes (COUTO, 2004). O período populista compreende os anos 1945-1964 que englobam: o governo de Getúlio Vargas (1951-1953), de Juscelino Kubitschek (1956-1960) e João Goulart (1961-1964).

<sup>10</sup> Através do Decreto Lei n. 72, de 21 de novembro de 1966.

Na contramão das inúmeras reformas voltadas ao fortalecimento da medicina previdenciária instituiu-se em 1975 o Sistema Nacional de Saúde (SNS)<sup>11</sup>, organizado e disciplinado para abranger as atividades que visassem à promoção, proteção e recuperação da saúde, cuja criação constituiu os elementos organizacionais da atual política nacional de saúde e institucionais da saúde coletiva<sup>12</sup>. Merhy; Queiroz (1993, p. 180), referem que a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) “[...] abriu efetivamente um novo espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivo voltadas às populações de baixa renda.”

Com vistas ao “[...] espalhamento das propostas da extensão de cobertura, através da atenção primária, ao Nordeste rural brasileiro” (FELIPE, 1987, p. 487), implanta-se em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), como uma proposta para “a efetivação da atenção primária da saúde, com hierarquização do sistema, a ser implantado de forma descentralizada e universalizada” (BRASIL, 2003a, p. 32). A formulação da crítica em torno das suas dificuldades de ação e alcance está fundamentalmente atrelada ao fato de ter se limitado a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas, de amplitude reduzida pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (BRASIL, 2006a). Tratava-se de uma estratégia oficial político-ideológica de persuasão e adesão diante das necessidades de:

[...] Modernizar o campo, sobretudo nas regiões mais atrasadas, integrando-as ao processo de capitalização intensiva e abrupta; o movimento interno ao setor relacionado com a expansão do mercado de consumo de equipamentos e medicamentos – via Estado e consolidação de hábitos – do complexo médico-industrial, responsável por expressivas taxas de acumulação de capital num contexto oligopolista e internacionalizado (FELIPE, 1987, p. 487).

Embora a retórica governamental enfatizasse a participação comunitária, os vieses do período ditatorial vigente davam vazão à crítica sobre o seu conteúdo “[...] funcionalista, adestrante e não conscientizador, quase sempre utilitarista e desorganizativo” (FELIPE, 1987, p. 488). Evidenciava-se a incapacidade do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) de garantir maior eficácia sanitária ou mudanças significativas no modelo assistencial, bem como o distanciamento entre o discurso que se considerava moderno e a sua

---

<sup>11</sup> Através da Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975).

<sup>12</sup> Categoria temática ou explicativa da realidade apresentada no item 2.3 desse capítulo.

viabilidade operativa permeada de estruturas administrativas viciadas afeitas às práticas clientelistas e inoperantes que propunham “‘custos compatíveis’ ou ‘suportáveis’ em nome da replicação de serviços de baixa qualidade, restritos à ampliação de uma rede de centros e postos de saúde pouco resolutiva” (FELIPE, 1987, p. 487).

A forma estratificada de prestar a atenção em saúde considerando-se a inserção produtiva dos segmentos sociais e a ausência de referência para a atenção primária foi rejeitada pela população. O desaparecimento dos serviços resultou desperdício de capital social nos ambulatórios e o avanço em termos conceptuais perpassou a pretensão de abrangência interventiva e cobertura de massa, incorporando-se ações de saneamento básico. Por outro lado, a numerosa e consideravelmente exitosa realização de obras através dos governos municipais contribuiu para o recuo do preconceito quanto à descentralização e a diluição da opinião generalizada de dispersão de recursos públicos nesse espaço (FELIPE, 1987). De acordo com Felipe (1987, p. 489), “[...] a abrangência nacional, com a extensão do [Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento] PIASS a outras regiões do país, fez aglutinar segmentos interessados no fortalecimento do setor público na prestação de serviços de saúde”.

O atendimento em nível de urgência em saúde é estendido para toda a população independentemente da existência de vínculo previdenciário, somente a partir de 1977. A expansão da cobertura dos serviços de forma desarticulada à criação das respectivas fontes de financiamento provocou os denominados ‘estouros’ orçamentários no sistema previdenciário, acentuando a urgência de uma maior racionalidade ao sistema de saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993; DIAS, 2007). Em 1978, cria-se o órgão responsável pela medicina previdenciária denominado Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que rapidamente espalha-se por todos os estados, incrementando a privatização na saúde e dificultando a condução descentralizada de políticas sociais nas esferas estaduais de governo (DIAS, 2007).

Ao mesmo tempo, configuram-se iniciativas relevantes no campo da proteção social, dentre as quais cabe destacar em nível global a adoção da meta “Saúde para todos no ano 2000”, como encaminhamento da trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1977); e em nível nacional, a criação do Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social (SINPAS) em 1978, com o propósito de integrar as atribuições pertinentes à previdência social rural e urbana e agregar diversos institutos e autarquias existentes<sup>13</sup> (COHN, 1996; FALEIROS, 2000; COUTO, 2004). Nesse mesmo ano, na base da co-participação nos custos operacionais o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a financiar alguns projetos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) “[...] perpassando todo o processo de fusões e concentração burocrática [...] elegera como política exclusiva e deliberada, o sucateamento dos seus próprios, privilegiando a compra de serviços privados” (FELIPE, 1987, p.487), garantindo o custeio e a possibilidade de superfaturamento com base em preços aviltados, numa trama de manutenção da iniciativa privada intermediada pelo Estado.

No final dos anos 1970, confirma-se a crise econômica e há forte tendência recessiva da economia nos países latino-americanos, agravamento do processo inflacionário, aumento da dívida externa, do desemprego estrutural e do déficit fiscal. Aliados, esses elementos marcam negativamente os níveis de saúde da população e requerem uma tomada de posição diante dos problemas sanitários. Vai ganhando forma em âmbito nacional a resistência social diante das questões sanitárias e a “[...] aglutinação dos diversos segmentos que tratavam da medicina preventiva, medicina social, saúde pública” (NUNES, 1994, p. 14).

Em que pesem às limitações conjunturais e as reformas promovidas no âmbito da estrutura organizacional da proteção social e particularmente os aspectos que dizem respeito às formas de organização, planejamento e efetivação da atenção em saúde, não foram produzidas alterações expressivas na ênfase de participação da previdência social por meio de ações médicas curativas orientadas pelo setor privado, em cujo âmbito vai ser idealizada a reordenação do setor saúde (BRAVO, 2006). Trata-se de um contexto de crise financeira da previdência social em decorrência das políticas econômicas recessivas, no qual se identifica a assistência médica como um dos focos geradores dos seus problemas financeiros e o acirramento do fracionamento dos diferentes interesses no interior da arena política

---

<sup>13</sup> O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) agregou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e a Central de Medicamentos (CEME) (COHN, 1996;

de saúde (DIAS, 2007; VILAÇA MENDES, 1993). De acordo com Cordeiro (2004) o setor privado em busca de superfaturamento dos serviços prestados multiplicava atos médicos, priorizava internações de maior custo, expandia seu complexo médico-hospitalar, desenvolvia procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos.

Mesmo antes da crise muitos países vinham enfrentando dificuldades em função dos elevados gastos com saúde, necessitando reformas setoriais e configurando o cenário de “[...] movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde” (MENDES, 1996, p. 27). No caso brasileiro, a crise do financiamento previdenciário em decorrência da recessão econômica no período de transição para os anos 1980 provoca retração dos gastos com saúde no âmbito da previdência social, demandando uma nova construção teórico-discursiva que propunha “[...] a reorientação do sistema médico-assistencial, com o privilegiamento das ações desenvolvidas ao nível do setor público” (FELIPE, 1987, p. 489).

Permeada por esses elementos e sob a influência da Conferência Internacional de Alma-Ata<sup>14</sup> de 1978 realiza-se no país a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1980), adotando-se o tema “Serviços Básicos de Saúde”, na qual foram debatidas a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e a regionalização, organização e articulação dos serviços básicos e especializados com o objetivo de garantir maior racionalidade ao sistema. Em sua primeira versão, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) inspirado em programas de atenção primária<sup>15</sup>, tinha como principais objetivos:

A hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (BRASIL, 2007, p. 29).

Para efetivar esses objetivos se fazia necessário dentre outras iniciativas, privilegiar a expansão da rede pública, fundamentalmente os serviços básicos,

---

FALEIROS, 2000).

<sup>14</sup> Realizada na cidade de Alma-Ata na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atual Cazaquistão.

<sup>15</sup> Destaque para a implantação de redes assistenciais em saúde primária por meio dos projetos Diamantina e Montes Claros (MOC) em Minas Gerais e Caruaru em Pernambuco e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (FELIPE, 1978; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007).

incentivar o regime de tempo integral e dedicação exclusiva dos trabalhadores de saúde e definir planos estaduais de cargos e salários (BRASIL, 2006a). Entretanto, à medida que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) restringe vários desses elementos, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) acaba não<sup>16</sup> se efetivando e tornando-se “[...] um mero projeto de racionalização do sistema de saúde, e mantendo intacto o privilegiamento do setor privado” (BRASIL, 2006a, p. 103).

A totalidade desses elementos contribuiu para agudizar um movimento de constante tensão entre “[...] a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2006, p. 07). As bases<sup>17</sup> de constituição do movimento pela Reforma Sanitária coincidem com a retomada da cena política pelos grandes movimentos grevistas, ressaltando de forma particular o protagonismo das organizações sindicais (GOMEZ; LACAZ, 2005). O movimento pela Reforma Sanitária desempenhou um papel singular no campo da luta em torno das políticas públicas e no redimensionamento da relação entre Estado e sociedade civil (BRASIL, 2006a).

Os movimentos sociais que vinham paulatinamente rearticulando-se ampliam as reivindicações em prol de soluções imediatas para os problemas de saúde existentes, tanto no âmbito da saúde pública quanto da atenção médica previdenciária. Mobilizados em constituir oposição às propostas implementadas pelos governos militares e a transformação do setor saúde, intelectuais e profissionais da área de saúde provenientes de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)<sup>18</sup>, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em

---

<sup>16</sup> ‘Natimorto’ foi a expressão utilizada por Felipe (1987) para caracterizar o fato ocorrido com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Registre-se que esse termo é utilizado em descrições de taxas de natalidade e mortalidade infantil e informa os nascidos mortos.

<sup>17</sup> O movimento de Reforma Sanitária no Brasil foi influenciado pelo “Modelo Operário Italiano” e organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (GOMEZ; LACAZ, 2005). O denominado movimento Operário Italiano irrompe na Itália na década de 1970, em meio aos movimentos renovadores que fervilhavam por toda a Europa. Frias Júnior (1999, p. 34) caracteriza-o como “[...] um movimento de trabalhadores exigindo maior participação nas questões de saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como a participação das entidades sindicais [...], melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho”. Este movimento chega à América Latina num contexto de turbulência política e social no qual o desejo de mudanças fez com que eclodissem a reforma sanitária e as lutas democratizantes, vivenciadas por praticamente todos os países da América do Sul e Central (FRIAS JÚNIOR, 1999).

<sup>18</sup> Maiores informações no item 2.3 desse capítulo.



Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>19</sup> e alguns Núcleos de Saúde Coletiva (NESC) de Universidades Públicas, buscam conciliar a produção do conhecimento e a prática política da saúde fundindo-se com movimentos sociais e sindicais, além dos partidos políticos e população em geral nas suas demandas pela democratização do país (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BRASIL, 2007a).

O movimento sanitário entendido como um “[...] movimento ideológico com uma prática política” (BRASIL, 2007a, p. 27), além de articular uma série de propostas contestatórias ao regime ditatorial, avança em propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao privado e de construção de uma nova agenda no campo da saúde, cujos referenciais foram constituídos “[...] a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga” (BRASIL, 2007a, p. 27). Para Rosa Mendes (1993, p. 42), a Reforma Sanitária constituiu “[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos [...]”. A concepção desse movimento também pode ser caracterizada como:

Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995, p. 48).

Gradativamente o movimento de Reforma Sanitária foi colocando em prática sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis, articulando-se às lideranças políticas do país e promovendo encontros com a finalidade de planejar novas políticas para o campo da saúde e influenciar a sua adoção por parte dos governos. Nos primeiros anos de luta em prol da Reforma Sanitária, referida ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde e é em meio à transição para o processo de redemocratização do país e concomitantemente à crise econômica do Estado que o movimento ganha vigor (BRASIL, 2007a).

---

<sup>19</sup> Idem.

Existem diferentes abordagens científicas à luz das quais vem sendo formuladas as bases explicativas para a denominada crise dos anos 1980, preponderantemente, sob a perspectiva de que para além de crise econômica, trata-se de uma crise societal ou global (MOTA, 2005). Na perspectiva de análise da autora, a noção de crise societal ou crise global difere de crise geral. Em poucas palavras, enquanto a primeira remonta à crise da sociedade contemporânea indicando o esgotamento de velhos padrões e um novo que ainda não se põe, a crise geral se refere à crise de esgotamento do capitalismo por força das determinações econômicas. Os elementos que determinaram a crise relacionam-se às tendências cíclicas de recessão e expansão da economia capitalista, havendo uma projeção da crise como crise global (MANDEL, 1990), visto que suas bases estão alicerçadas em profundas transformações na dimensão política representada pelas instituições e processos sociais, interferindo para além do processo de produção, no processo de reprodução social.

A crise precisa ser compreendida a partir de determinantes que não apenas os econômicos, mas também históricos, políticos, sociais e culturais. No cenário da crise, configuram-se conflitos de interesses de classes, expressando o movimento contraditório de aceitação e negação da classe dominada em relação à dominante “[...] como mescla de conformismo e resistência” (CHAUÍ, 1986, p. 43). As contradições evidenciadas em contextos de crise são expressas no desejo de emancipação e nas ambiguidades do social, em sua capacidade de conformar ao resistir e resistir ao conformar. A pauta da crise estava focalizada, não em um modelo emergente de sociedade, mas nas metamorfoses sofridas pelo modo de produção capitalista no estabelecimento de novas formas necessárias à garantia de sua própria reprodução, expressas na exploração do capital sobre o trabalho (MOTA, 2005).

Em meio à crise econômica, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) passa a capitanear o processo de reformulações no setor saúde “[...] asfixiado pela queda das receitas previdenciárias (ocasionada pela diminuição da massa salarial), concomitantemente ao aumento das pressões da demanda” (BRASIL, 2006a, p. 104). Cria-se então o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (1982), com o propósito de descentralizar o sistema de assistência médica através da “[...] criação de uma única ‘porta de entrada’, integrando, numa rede básica de serviços públicos de saúde, a

capacidade instalada existente no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 180), tanto no nível estadual quanto municipal. A inserção de serviços privados de saúde passa a ser permitida somente onde não houvesse cobertura dos estatais, limitando-se o atendimento médico-hospitalar das instituições contratadas e conveniadas com vistas ao controle dos gastos. Desta forma, a proposta caracterizava uma resposta à irracionalidade da expansão de leitos e internações no país, à impossibilidade de crescimento dos gastos com a absorção de tecnologia intensiva e à premente demanda de consertar o modelo privatista sustentado pela intermediação do Estado (FELIPE, 1987).

É nesse ínterim que, em 1983, surgem as Ações Integradas de Saúde<sup>20</sup> (AIS), que se concretizaram através de convênios estabelecidos pela maioria dos estados brasileiros, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação e da Cultura (MEC) e as Secretarias Estaduais de Saúde, incorporando progressivamente os municípios (BRASIL, 2007). Entre avanços e retrocessos, a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) representaram estratégia importante “[...] no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços” (BRASIL, 2007, p. 30).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) “[...] produziram um deslocamento relativo de recursos financeiros da previdência social para o setor público prestador de serviços de saúde e promoveram uma integração das ações setoriais” (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 180), propiciando o surgimento de colegiados representativos intitulados Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) em âmbito nacional (CIS), estadual (CRIS) e municipal (CIMS), bases constitutivas dos atuais conselhos de saúde, processo que se acentuou com a estruturação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>21</sup>. Este último propunha incorporar alguns princípios propostos pelo Movimento Sanitário, efervescente nessa conjuntura (BRASIL, 2003a).

---

<sup>20</sup> As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram sob a forma de um programa dentro do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), este último criado em 1982.

<sup>21</sup> Criado através do Decreto Lei n. 94.657, de 20 de julho de 1987 e implementado no país “[...] mediante a celebração de convênios entre a União (Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação, Trabalho e INAMPS) e os Estados” (BRASIL, 2003a, p. 241; BRASIL, 2007).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) alterou o papel do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que deixou a prestação de serviços para dedicar-se às funções de planejamento, programação orçamentária e acompanhamento do sistema de saúde. Neste sentido, contribuiu para a superação da cisão histórica da saúde em saúde pública (Ministério da Saúde) e medicina previdenciária (Ministério da Previdência e Assistência Social), apesar de não ter tratado de definir os papéis entre estados e municípios (BRASIL, 2007; DIAS, 2007), elementos que contribuíram para a posterior implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional sob forte influência do campo da saúde coletiva.

Diante do anúncio governamental da crise econômica e sua incapacidade de financiá-la, amplia-se a mobilização social em prol da formulação de uma nova concepção de saúde com significativas alterações na sua forma de organização e gestão, num esforço promissor de equipará-la à condição de política pública de responsabilidade do Estado. Para tanto, nos anos de 1986 e 1987 é organizada uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta de técnicos, representantes governamentais e sociedade civil. A coletânea dos documentos dessa Comissão explicita que a Reforma Sanitária deveria ser um processo que viabilizasse, no menor prazo possível, a superação do quadro sanitário do país (ROSA MENDES, 1993). Este processo deveria iniciar pelo reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, implicando numa nova lógica de organização e prestação dos serviços, com previsão de hierarquia na organização do sistema e comando único em território nacional. A politização sanitária permite trilharem-se caminhos decisivos em direção à institucionalização da seguridade social e em particular da saúde como direito social de responsabilidade do Estado.

## 2.2 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL E INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Superado o período de ditadura militar brasileira, a alteração da norma constitucional, a mudança do arcabouço das práticas institucionais e a discussão acerca das condições de vida e saúde da população assumem uma dimensão política. Dois processos fundamentalmente significativos caracterizam esse período: a democratização política com a superação do regime ditatorial e a eclosão de uma

profunda e prolongada crise econômica (BRAVO, 2006). De acordo com Draibe (1993, p. 22), a década da crise pode também ser caracterizada como “[...] a década da democratização e, enquanto a primeira veio gradativamente minando os recursos disponíveis para o gasto social, a segunda impulsionou movimentos generosos de reformas do seu sistema de proteção.”

A concepção de saúde como direito social com garantia atribuída ao Estado, o acesso universal e igualitário à saúde, a participação e o controle social foram temas amplamente debatidos durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 na cidade de Brasília/DF. Amplia-se o movimento de Reforma Sanitária, tendo em vista romper com o modelo de saúde vigente que priorizava a prática médica curativa, bem como as reivindicações sociais em prol da consolidação da saúde como política pública, melhoria da qualidade dos serviços prestados, modernização das instituições, qualificação dos recursos humanos, unificação da saúde, descentralização, financiamento efetivo e democratização do poder local (BRASIL, 1986; ROSA MENDES, 1993).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e após vários acordos políticos, parte das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária e das principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) é atendida. Os desdobramentos desse processo influenciaram no reconhecimento da saúde como direito social de dever do Estado, bem como “[...] a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 85, art. 6º), e na aprovação de capítulo dessa matéria na Constituição Federal de 1988. Ao lado das políticas de previdência e assistência social, a saúde passa a integrar a seguridade social brasileira, compreendida como um “[...] conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 80, art. 194).

O status de direito social pressupõe a garantia da saúde como dever do Estado “[...] mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 81, art. 196). A previdência social passa a ser organizada sob a forma de “[...] regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial [...]” (BRASIL, 1988, p. 83, art. 201). A assistência

social tem sua prestação garantida “[...] a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988, p. 84, art. 203).

A Constituição Federal pode ser considerada a mais progressista da história brasileira. Dentre os seus avanços destacam-se: elaboração democrática com ampla participação dos segmentos sociais e profissionais, integração entre as políticas com redefinição de princípios, estabelecimento de novas ordenações relativas às fontes de custeio, organização administrativa e mecanismos de participação dos usuários e concepção de saúde para além da dimensão paliativa e curativa, aproximando-a do caráter de política pública de direito social (MOTA, 2005). No âmbito da previdência social amplia-se a concepção de seguridade social que passa a dispor de orçamento e equiparam-se direitos entre cidadãos rurais e urbanos. Na saúde, orienta-se a criação de um sistema com comando único no território nacional. Na assistência social, institui-se o direito à proteção da família, da infância, da adolescência e da velhice e o benefício assistencial para os idosos e as pessoas com deficiência (s).

Dando continuidade à institucionalização da seguridade social, institui-se em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta pelas Leis n. 8.080 e Lei n. 8.142. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a segunda, sobre a participação da comunidade (controle social)<sup>22</sup> na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Com o seu advento, a concepção de saúde passa a ser atrelada ao alcance e efetivação de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, assim descritos:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental (BRASIL, 1990a, p. 01).

Essa forma de definir saúde ultrapassa a noção minimalista de acesso a serviços e tratamentos médicos ou à medicalização<sup>23</sup>, introduzindo na sua

---

<sup>22</sup> Efetivado através de instâncias deliberativas de constituição paritária entre Estado e sociedade civil representados pelas conferências e conselhos de saúde em âmbito federal, estadual e municipal.

<sup>23</sup> O termo é discutido por Bravo (2000) e refere-se à ênfase na prática clínica por meio de ações

concepção as necessidades de saúde e dando indícios do necessário reconhecimento dos rebatimentos das transformações societárias nesse campo. Cecílio (2001) sugere a compreensão dos fatores condicionantes da saúde como necessidades de saúde, classificando-as em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida; 2) acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; 3) criação de vínculos efetivos entre usuários e profissional/equipe de saúde e 4) graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, questão por ele caracterizada como aspecto que ultrapassa a informação e a educação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, p. 02). Está organizado em três níveis de atenção: básica, secundária ou de média complexidade<sup>24</sup> e terciária ou de alta complexidade. O principal objetivo dessa forma de organização da saúde deveria ser o de garantir maior eficiência na utilização dos recursos, universalização do acesso e equidade na atenção.

Cecílio (1997) discutindo a forma piramidal e hierárquica de organização do modelo de atenção em saúde, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários e níveis de acesso com complexidade diferenciada em processos de referência e contra-referência, afirma que o mesmo tem-se mostrado como uma perspectiva racionalizadora. Ratificando as dificuldades de garantia do direito à saúde da população, enfrentadas pela forma piramidal do modelo de atenção em saúde, o autor sugere que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo “[...] com múltiplas ‘portas de entrada’ localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta ‘base’” (CECÍLIO, 1997, p. 469), sob a lógica de atenção e oferta da tecnologia certa às necessidades do usuário, no espaço certo e na ocasião mais adequada. Assim sendo, a atenção primária não mais constituiria a porta de entrada ao sistema de saúde, mas todos os equipamentos sociais

---

centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública.

<sup>24</sup> Instituída pelo Decreto n. 4.726/2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS).

intersetoriais que, para tanto, deveriam qualificar-se como espaços privilegiados de acolhimento.

Por atenção em saúde entende-se “o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças” (BRASIL, 2008a). Paim (2004) analisa a atenção em saúde mediante dois enfoques, o primeiro como resposta social aos problemas e necessidades de saúde e o segundo como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, “insere-se no campo disciplinar da política de saúde, sobretudo quando são analisadas as ações e omissões do Estado no que tange à saúde dos indivíduos e da coletividade” (PAIM, 2004, p. 15). Na condição de serviço, a atenção em saúde está situada no “setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado” (PAIM, 2004, p. 15). Com base nisso, constata-se que, ao mesmo tempo em que se constitui um serviço, a atenção em saúde depende da produção de mercadorias no setor industrial (medicamentos, imunobiológicos, produtos farmacêuticos, equipamentos, descartáveis, alimentos dietéticos, dentre outros).

Considerando-se a atual organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica engloba “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes” (BRASIL, 2008a). A média complexidade é composta por ações e serviços “que visam o atendimento dos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2008a). A alta complexidade compreende o conjunto de procedimentos que envolvem “alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2008a).

Visando promover a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e definir estratégias para o processo de descentralização, desde a instituição da Lei Orgânica foram publicadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) pelo Ministério da Saúde (MS): NOB/SUS-91, NOB/SUS-92, NOB/SUS-93 e NOB/SUS-96 e uma Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS): NOAS/SUS-01, revista e publicada no ano seguinte através da NOAS/SUS-2002. As Normas Operacionais



Básicas (NOBs) são publicadas por meio de portarias e pactuadas entre o próprio Ministério da Saúde (MS) e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2003a). No Quadro 1, pode-se conferir a evolução histórica das Normas Operacionais Básicas (NOBs) da saúde, regras para a descentralização e adoção de incentivos financeiros no período de 1990-2002.

NOB-NOAS	Presidente	Ministro da Saúde	Organização da gestão descentralizada da assistência	Alocação de recursos e transferências intergovernamentais	Incentivos financeiros
<b>NOB/SUS-91/ NOB/ SUS-92</b>	Fernando Collor	Alceni Guerra	- Define a política de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).	- Adoção do instrumento de convênio para transferir recursos do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os estados, Distrito Federal e municípios. - Remuneração por produção de serviços a partir dos Sistemas de Informações e faturamento (SIA-SUS, Ambulatorial e SIH-SUS, Hospitalar), para os setores público e privado.	- NOB/SUS-92: Define o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE).
<b>NOB/SUS-93</b>	Itamar Franco	Jamil Haddad	- Institui condições de gestão para estados e municípios, define incentivos financeiros compatíveis com a condição de gestão assumida.	- Remuneração por produção de serviços apresentados através dos Sistemas de Informações (SIA e SIH), segundo habilitação municipal e estadual. - Estabelece critérios de cálculo dos tetos financeiros das atividades ambulatoriais e hospitalares dos estados e municípios habilitados.	- Mantém o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde para hospitais universitários (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência para os Hospitais de Emergência (IVH-E). - Estabelece incentivos financeiros para a descentralização como os Fatores de Apoio aos Estados e Municípios (FAE e FAM).
<b>NOB/ SUS-96</b>	Fernando Henrique Cardoso	Adib Jatene	- Reformula as condições de gestão dos estados e municípios propostas na norma anterior e enfatiza a importância do processo de negociação entre as esferas de governo.	- Mantém a remuneração por produção de serviços apresentados através dos sistemas de informações. - Definição do Piso da Atenção Básica (PAB) para estados e municípios habilitados. - Define Tetos Financeiros da Assistência do Estado e Município (TFAE e TFAM). - Define o Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS). - Define Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).	- Mantém o (IVH-E). - Define Índices de Valorização de Resultados (IVR) e de Valorização de Impacto da Vigilância Sanitária (IVISA) para estados habilitados PAB Variável: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), combate às carências nutricionais, farmácia básica.
<b>NOAS/ SUS-2001/ NOAS/ SUS-2002</b>	Fernando Henrique Cardoso	José Serra/Barjas Negri	- Revisa os critérios de habilitação no sentido de promover a responsabilização dos gestores, de forma compatível com a condição de gestão assumida, e induz a integração dos sistemas municipais, sob a coordenação do nível estadual.	- A Programação Pactuada e Integrada (PPI), aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, norteia a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do Estado, independente de sua condição de habilitação. - Define o Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA).	- Não estabelece nenhum novo Incentivo.

Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas da saúde (NOBs), regras para a descentralização e adoção de incentivos financeiros no Brasil (1990-2002).

Fonte: Baptista (2007, p. 220).

Os denominados princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular) regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes princípios desempenham o papel de orientar a organização e a atenção nos serviços de saúde em todo o território nacional concorrendo para a efetivação de um sistema único. Com base em material sistematizado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001a), os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser caracterizados da seguinte maneira:

**a) Universalidade:** a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde no Brasil, historicamente atrelado aos critérios de contribuição e distribuição privativos aos trabalhadores segurados, passa a ser direito de cidadania de toda a população, cabendo ao Estado assegurá-lo. Desta forma, o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido de forma universal, independentemente das características sociais ou pessoais dos sujeitos (BRASIL, 2001a).

**b) Equidade:** não como sinônimo de igualdade, mas como uma forma de prestação de tratamento desigual aos sujeitos constitutivamente desiguais. Todos têm igualmente direito à saúde, mas por não serem iguais, têm necessidades diferentes. Por isso, a rede de serviços de saúde deve estar atenta às necessidades reais da população atendida, para que a equidade seja efetivamente um princípio de justiça social e possa contribuir para a diminuição das desigualdades sociais (BRASIL, 2001a).

**c) Integralidade:** significa conceber o sujeito na sua totalidade. Para tanto, faz-se necessário integrar as ações onde de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sua efetivação pressupõe que os processos de trabalho em saúde estejam integrados e priorizem a intersetorialidade, visto que a ação isolada de uma ou outra política pública e/ou social não é suficiente para atender às expressões da questão social na saúde (BRASIL, 2001a).

**d) Regionalização e hierarquização:** os serviços de saúde devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinado território, planejados a partir de critérios epidemiológicos e contar com a análise e o conhecimento sistemático acerca da população usuária. Além de proceder à divisão de níveis de atenção, a hierarquização deverá garantir formas de acesso aos serviços que disponham da complexidade necessária para o atendimento de cada situação na sua singularidade e incorporar na rotina dos serviços os fluxos de

encaminhamentos (referência) e retorno de informações à atenção básica (contra-referência) (BRASIL, 2001a).

**e) Descentralização e comando único:** a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o nível municipal, o que significa dotá-lo de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para a efetivação da descentralização, existe a concepção institucional do comando único, na qual cada esfera de governo autônoma é soberana em suas decisões e atividades, respeitando-se os princípios gerais e a participação da população (BRASIL, 2001a).

**f) Participação popular:** o controle social da população deve estar presente no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, devem ser garantidos espaços de participação social, com vistas à construção coletiva de estratégias de resistência às desigualdades sociais, de controle, avaliação e execução de uma política pública comprometida com a garantia de acesso e efetivação do direito social à saúde (BRASIL, 2001a).

Na Figura 1, pode-se observar a organização dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a), cuja estrutura expressa a atual forma de organização da saúde no Brasil:

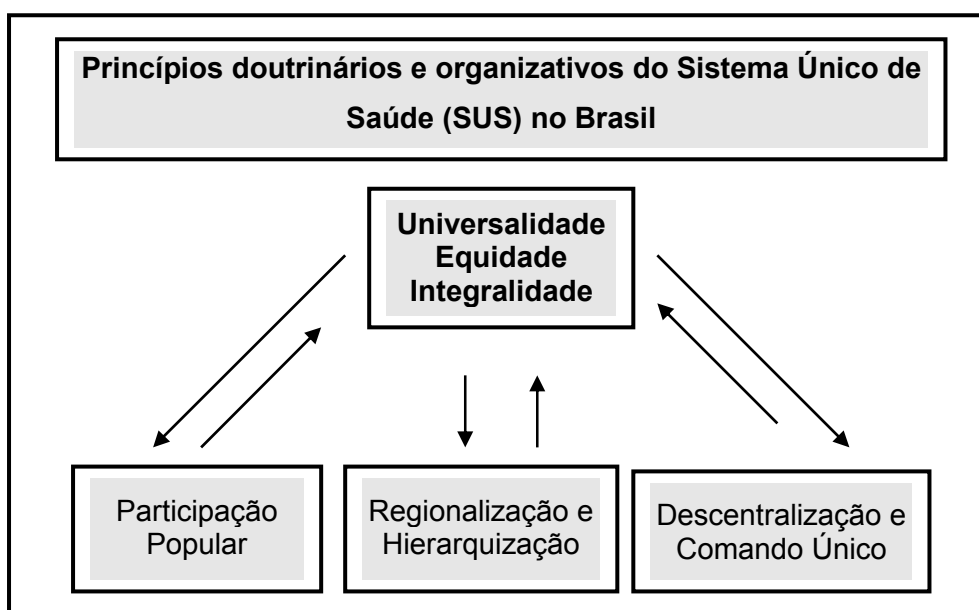


Figura 1 – Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Fonte: Brasil (2001a); A Autora (2008).

Em que pesem às conquistas sociais, esse contexto histórico foi paralelamente marcado pelo balanço econômico da década perdida, de estagnação da economia, agravamento das condições de vida da população e a propagação da chamada “cultura da crise”. Conforme Mota (2005, p. 101), “[...] o traço predominante dessa cultura é a idéia de que a crise afeta igualmente toda a sociedade, independentemente da condição de classe dos sujeitos sociais, de modo que a ‘saída’ da crise exige consensos e sacrifícios de todos.” Como alternativa à crise, formam-se alianças de natureza policlassista destituídas de identidade com o movimento da classe trabalhadora, amparadas na ideologia da solidariedade.

Sob o discurso de estratégia para a superação da crise, o país se torna signatário do acordo firmado com organismos internacionais, a exemplo do Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações dispostas no Consenso de Washington<sup>25</sup> (COUTO, 2004). O acordo apontava para a adoção de medidas de abertura de seus mercados e intervenção estatal mínima por parte dos países em desenvolvimento, ou seja, “[...] um Estado com um mínimo de atribuições (privatizando as atividades produtivas) e, portanto, com um mínimo de despesas como forma de solucionar os problemas relacionados à crise fiscal” (SANDRONI, 2003, p. 123), como uma espécie de receituário para saldar suas dívidas com os países desenvolvidos, ou seja, seus credores (DIAS, 2007).

Como pano de fundo tem-se a presença de dois grandes vetores: as mudanças no mundo do trabalho (reestruturação produtiva e substituição do modelo fordista-keynesiano pela acumulação flexível) e as mudanças na intervenção do Estado (crise do Keynesianismo e emergência do neoliberalismo). Sucintamente, a experiência fordista-keynesiana (pós-Segunda Guerra Mundial) caracterizou-se pela ampliação dos sistemas de seguridade social como produto das negociações entre empresas, sindicatos e instituições do Estado e a experiência pós-fordista neoliberal<sup>26</sup> (a partir dos anos 1970), caracterizou-se pela privatização dos

---

<sup>25</sup> Conjunto de trabalhos e resultado de reuniões de economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e do Tesouro dos Estados Unidos realizadas em Washington D.C., no início dos anos 90 do século XX (SANDRONI, 2003).

<sup>26</sup> O neoliberalismo surge como reação teórica à ascensão do modelo de bem-estar social logo após a Segunda Guerra Mundial, mas ainda na década de 40 do século XX, Friedrich Von Hayek (1944) fundador das teses neoliberais vinha afirmando que a limitação do mercado pelo Estado constituía entrave à liberdade econômica e política (BEHRING, 2000). Na América Latina, o neoliberalismo foi introduzido na passagem dos anos 1980/1990, mais especificamente no México (1988) por Salinas de Gortari, na Argentina (1988) por Carlos Menen, no Brasil (1989) por Fernando Collor de Melo, no Peru (1990) por Alberto Fujimori, dentre outros, simbolizando o advento de uma nova fase neoliberal

programas de previdência social e saúde, ampliação dos programas assistenciais, mudanças no mundo do trabalho e redirecionamento da intervenção social do Estado (MOTA, 2005).

Os anos subsequentes deram vazão à reestruturação das estratégias de acumulação do capitalismo globalizado sob a égide dos pressupostos neoliberais. Nessa perspectiva, o Estado em si não representava interesses concretos, mas assegurava que os interesses se explicitassem em sua esfera própria, ou seja, na esfera privada (COUTINHO, 1988). Diante do apelo neoliberal à minimização da intervenção estatal na efetivação dos direitos sociais, do consequente enxugamento no sistema de proteção social e das mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho, observa-se nesse contexto, uma constante evolução do reordenamento das políticas sociais brasileiras e uma reinvenção da sua subordinação à política econômica, com a adoção da denominada reforma administrativa. Nesse ínterim, generaliza-se a utilização do termo contra-reforma estudado por diversos autores, no intuito de representar a crítica ao processo de desmonte do Estado (NORONHA; SOARES, 2001; BEHRING, 2003; DIAS, 2007).

No primeiro processo eleitoral após o término da ditadura militar (1989), destacam-se a utilização de recursos midiáticos apelativos à defesa da privatização de estatais, as denúncias acerca de mordomias do funcionalismo público e da corrupção, o déficit da previdência social e o engajamento no esforço de desmobilizar a resistência dos segmentos organizados e integrá-los a nova ordem econômica, como questões que influenciaram na elevação do candidato direitista Fernando Collor de Melo à presidente do Brasil. A partir do princípio da liberdade individual, os direcionamentos políticos e econômicos governamentais orientados pelo neoliberalismo no decorrer do processo histórico, subordinaram-se ao objetivo de institucionalizar uma ordem garantida por um Estado mínimo. A liberdade individual, a defesa da propriedade privada e a valorização do livre mercado são elementos norteadores do neoliberalismo, cujos princípios básicos são:

[...] Supremacia do indivíduo sobre a sociedade, da liberdade econômica que os indivíduos devem ter para perseguir a satisfação de seus desejos e necessidades individuais através de um mercado livre e do papel meramente garantidor da ordem e da justiça que o Estado deve desempenhar [...] (GROS, 2003, p. 206).

---

e globalizante no continente. Tem como objetivo norteador o discurso de libertação da acumulação de todas as cadeias impostas pela democracia (GROS, 2003).

A influência dos pressupostos neoliberais no plano político e econômico, aliada às dificuldades crescentes do movimento operário e popular na década de 1990, levou à redução dos direitos sociais e trabalhistas, ao declínio da escola pública, à privatização do ensino, à mudança no perfil da universidade, ao desemprego estrutural, à precarização do trabalho, ao desmonte da previdência e ao sucateamento da saúde (BRAVO, 2000), ao passo que influenciou o crescimento significativo das organizações não-governamentais (ONGs), como alternativa diante do estimulado descrédito de efetividade do serviço público estatal. O Estado brasileiro promoveu uma ampla abertura comercial e desregulamentação financeira que, articuladas, contribuíram para o aprofundamento da dependência da economia interna frente ao capital financeiro internacional.

Conforme Telles (2001) uma desorganização do Estado vem minando o sentido mesmo de ordem pública, da qual dependem, em grande parte, as regularidades da vida social. A desregulamentação do trabalho e o agendamento estatal das reformas na previdência social, ao invés da seguridade social, promovem a regressão dos direitos sociais por meio do cerceamento do acesso da população às ações intersetoriais, bens e serviços traduzidos em direitos sociais, conforme reconhecidos constitucionalmente. A desnacionalização da economia, o corte do número de funcionários públicos, a redução do cidadão à condição de cliente/consumidor e a permanência da desigualdade social foram algumas das características presentes no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)<sup>27</sup>. Se do ponto de vista do mercado as reformas estabelecidas nesse governo foram eficientes, na área social não existem motivos para comemorações (COSTA, 2003).

Para Costa (2003) os cortes dos investimentos destinados à área social vêm tendo continuidade no governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula)<sup>28</sup> que além de vir mantendo as mudanças herdadas do governo anterior, fortemente criticadas durante o processo eleitoral, tem seguido os pilares do modelo capitalista neoliberal, senão, aprofundado alguns dos seus aspectos. Esse continuísmo, além de conquistar a adesão popular no campo operário e popular tem disposto de bases aliadas na classe média, atraída pela crítica neoliberal dirigida aos “altos” custos do estado

---

<sup>27</sup> Presidiu a República Federativa Brasileira por dois mandatos consecutivos no período de 1995-2002.

<sup>28</sup> Atual Presidente da República Federativa Brasileira. Encontra-se no exercício do seu segundo mandato consecutivo iniciado em 2007.

social e a possibilidade de disputar no setor privado o acesso aos serviços (COSTA, 2003).

A promoção de mudanças como o desmembramento do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em Ministério da Previdência Social (MPS) e Ministério da Assistência e Promoção Social (MAPS) (2003) (ALMEIDA, 2008), implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (2005) e o reconhecimento da estratégia Saúde da Família como forma priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para o fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (2006), são alguns exemplos da dificuldade de integração do conjunto de ações destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social compreendido na institucionalização jurídica da seguridade social brasileira (BRASIL, 1988), na atual estrutura institucional-administrativa.

Não obstante, no âmbito da política de saúde no contexto contemporâneo, há uma retomada das práticas médicas curativas de caráter privado, com ênfase na medicalização e focalização na doença, comprometendo a sua possibilidade de avanço como política pública. De maneira histórica, contraditória e complementar, dois modelos predominam como formas de atenção em saúde no Brasil: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo de Reforma Sanitária. De modo geral, os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem voltar-se para a ‘demanda espontânea’ (modelo médico hegemônico) ou para as ‘necessidades de saúde’ (campanhas e programas especiais de saúde pública) e são concebidos como “[...] combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas” (PAIM, 1998, p. 568).

Para Carvalho; Campos (2004, p. 142), o modelo de atenção em saúde constitui “[...] arranjo organizacional que faça a mediação entre princípios ético-políticos e as práticas de saúde –, que se traduza numa ruptura radical com o padrão burocratizado e ineficaz de funcionamento dos serviços públicos de saúde.” Os modelos de atenção em saúde constituem a lógica que orienta a organização e o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, informando racionalidades (tecnologias) que dizem respeito à forma (técnicas) com que as intervenções dos diversos saberes são efetivadas no âmbito multidisciplinar e interdisciplinar da saúde



para resolver problemas e atender necessidades de saúde, seja em nível individual ou coletivo, traduzindo:

[...] Uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma 'lógica' que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde (PAIM, 2003, p. 568).

O modelo de atenção em saúde médico-assistencial privatista é “[...] eminentemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população” (PAIM, 2003, p. 568). Sua inspiração tem origens na assistência filantrópica e na medicina liberal, tendo se fortalecido no contexto brasileiro com a expansão da previdência social e na capitalização da medicina nas últimas décadas. Tem como foco de intervenção a doença, centrando-se em ações individuais e paliativas que promovem a fragmentação dos sujeitos e comprometem a atenção integral e a totalidade dos processos que informam e interferem no alcance das condições necessárias para a efetivação da saúde.

Bravo; Matos (2001, p. 200), referem que este modelo pauta-se na “[...] política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização.” Neste sentido, constitui uma forma de conceber saúde centrada na demanda espontânea, representada pela medicina liberal, cooperativas médicas, medicina de grupo e o seguro-saúde doença, intervenções facilmente identificadas no âmbito privado. Entretanto, também se faz presente nos serviços públicos, por meio de hospitais, centros de saúde e laboratórios, quando estes não estão organizados para atender às necessidades sociais a partir do pressuposto da territorialidade<sup>29</sup> (PAIM, 2003).

O modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária pauta-se na concepção de um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais na busca pela “[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde [...]

---

<sup>29</sup> Territorialidade nesse contexto é concebida “[...] tanto como o que se encontra no território, estando sujeito à sua gestão, como, ao mesmo tempo, o processo subjetivo de conscientização da população de fazer parte de um território, de integrar-se em um Estado [...]” (ANDRADE, 1995, p. 20).

acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã” (BRAVO, 2000; BRAVO; MATOS, 2006b, p. 36). Concebe a saúde como um direito social, cuja garantia está sob a responsabilidade do Estado e, para tanto, concorre para a sua efetivação o acesso a um conjunto de ações intersetoriais, bens e serviços também compreendidas como fatores condicionantes e determinantes, traduzidos em direitos sociais, conforme demandas explicitadas pelo próprio movimento de Reforma Sanitária e acolhidas por meio de institucionalização jurídica na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Numa perspectiva semelhante situa-se a discussão sobre a existência de duas formas de organização do sistema de saúde caracterizadas como: medicina científica ou flexneriana<sup>30</sup> “[...] que propõe a organização, a produção e a distribuição de serviços de saúde sob o critério central da lógica do mercado” (BRASIL, 2003a, p. 116), e o campo da saúde coletiva<sup>31</sup> “[...] que busca respostas às necessidades de saúde da população, comprometendo-se com a saúde enquanto direito de cidadania” (BRASIL, 2003a, p. 116). Pautando-se nessa abordagem, pelo menos três dimensões conformam a política de saúde: a política, a de saber e a organizativa/assistencial, expressas de acordo com o Quadro 2.

---

<sup>30</sup> Denominação em homenagem a Abraham Flexner que em 1910 elaborou o “Flexner Report” (Relatório Flexner) sobre estudo que demonstrou que somente uma (01) das cento e cinquenta e cinco (155) escolas médicas americanas existentes na época, atendia às exigências levantadas pela indústria farmacêutica. Flexner apregoou a necessidade de produzirem-se medicamentos através de uma linha de fabricação industrial em detrimento da existente manipulação individual, empregando milhões de dólares na instalação de um programa de educação médica que denominou científica, transformando o panorama do ensino e da prática de saúde vigente. A formação geral da medicina passou então a empregar a especialização, baseando-se em diagnóstico tecnológico e mecanicista e o tratamento passou a focalizar a supressão da doença. O Relatório Flexner tornou-se padrão de ensino para as escolas médicas norte-americanas e a medicina flexneriana é ampla também no atual contexto latino-americano (FREIRE, 2005).

<sup>31</sup> Temática abordada no item 2.3 desse capítulo.

<b>Dimensões</b>	<b>Campo da medicina científica</b>	<b>Campo da saúde coletiva</b>
<b>Político/ideológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberal privatista ou neoliberal;</li> <li>- Saúde/doença como mercadoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Democracia, Estado e sociedade;</li> <li>- Saúde como direito de cidadania.</li> </ul>
<b>Saber</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivismo ou neopositivismo;</li> <li>- Concepção saúde/doença (biologicista, mecanicista, individualista e reducionista). Prestígio da fisiopatologia (doença tratada como alteração morfológica/funcional do corpo humano, predomínio da clínica biologicista, epidemiologia unicausal ou multicausal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materialismo histórico, planejamento estratégico e urbano, psicanálise, epidemiologia e clínica;</li> <li>- Concepção saúde/doença da Epidemiologia Social Latino-americana (saúde/condições de vida, dimensões biológicas, ecológicas, culturais, consciência e processos econômicos, concepção de reprodução social).</li> </ul>
<b>Organizativa/ Assistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comando pelo mercado da doença (seguros, serviços, fábricas e comércio);</li> <li>- Concentração de serviços em centros comerciais de cidades mais desenvolvidas;</li> <li>- Acesso garantido pelo poder aquisitivo do consumidor; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalocêntrica;</li> </ul> </li> <li>- Ênfase na medicina curativa (exclusão das práticas alternativas e presença significativa de atos médicos);</li> <li>- Eficácia medida pelo grau de restauração ou manutenção da força de trabalho; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconsidera a intersectorialidade.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comando único em cada esfera de governo (participação da sociedade civil organizada);</li> <li>- Descentralização e regionalização de ações e serviços;</li> <li>- Universalidade do acesso;</li> <li>- Rede hierarquizada segundo necessidades e níveis tecnológicos exigidos;</li> <li>- Integralidade nas ações abrangendo o indivíduo e o coletivo nos aspectos de promoção, prevenção e cura em todos os níveis;</li> <li>- Eficácia dada pelo impacto na melhoria das condições de vida e da existência humana;</li> <li>- Valorização das ações intersectoriais.</li> </ul>

Quadro 2 – Dimensões da política de saúde no campo da Medicina Científica e da Saúde Coletiva na contemporaneidade.

Fonte: Reis (1997); Brasil (2003a, p. 116), A Autora (2008).

Todos esses elementos elencados contribuíram e ainda contribuem para a conformação do atual cenário da política de saúde brasileira, no qual se evidencia a re-atualização das desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre os segmentos sociais e os modelos de atenção em saúde em disputa no âmbito de organização da política de saúde. Ao mesmo tempo em que a saúde orienta-se por norma jurídica e princípios humanistas com destaque para a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular, aspectos que lhe conferem o

cariz de direito social; paradoxalmente é atravessada pelos vieses de práticas históricas conservadoras que se modernizam, mas não superam a antiga lógica de restrição do seu acesso a grupos privilegiados em termos capitalistas, elevando a saúde à condição de mercadoria<sup>32</sup> e os usuários/classe trabalhadora ao padrão de cidadão consumidor submetido aos ditames do mercado privado.

De acordo com a afirmação de Mota (2006, p. 44), “[...] a saúde constitui-se numa mercadoria a ser comprada no mercado [...]” e concebida desta maneira, constitui valor de troca intercambiável no âmbito privado. A liberdade individual neoliberal traduz-se em liberdade para acessar pela via mercadológica os direitos sociais não garantidos pelas medidas de proteção social público-estatais, ao passo que a destinação de recursos para esse campo, não tem conseguido se fazer prioritária no orçamento público. Urge, portanto a necessidade de retomar a saúde pela lógica da Reforma Sanitária a partir da luta coletiva e do fortalecimento da resistência social em prol da consolidação de políticas sociais públicas, capazes de garantir a efetivação dos direitos sociais reconhecidos constitucionalmente.

### 2.3 ORIGEM E PRESSUPOSTOS DA SAÚDE COLETIVA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A institucionalização da saúde coletiva no Brasil e a organização da atenção básica em saúde são processos influenciados por movimentos decorridos no contexto global com rebatimentos sobre a própria instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e da organização da atenção em saúde no âmbito nacional, principalmente a partir da segunda metade dos anos 50 do século XX. Para pensar a gênese da saúde coletiva brasileira faz-se necessário resgatar suas bases constitutivas no âmbito da América Latina, embora sua trajetória não tenha sido linear em todos os países latino-americanos. Nunes (1994) propõe a organização da saúde coletiva em três fases históricas, assim denominadas: 1) ‘pré-saúde coletiva’: caracterizada pela instauração do ‘projeto preventivista’ que se estendeu por cerca de quinze anos, 2) ‘medicina social’: que não isolou os ideais preventivistas e

---

<sup>32</sup> Lança-se mão da crítica a essa forma mercadorizada de conceber saúde, entendendo-se que sob essa perspectiva a saúde se orienta pela lógica da comercialização de mercadorias característica do modo de produção capitalista. A utilização do termo mercadoria diz respeito à concepção utilizada no âmbito do setor econômico e compreende todo bem produzido para ser vendido em um mercado e que seja suscetível de ser reproduzido em grande quantidade (SALAMA; VALIER, 1975).

perdurou até o final dos anos 1970 e 3) o campo da 'saúde coletiva' propriamente dita, que passa a estruturar-se a partir da década de 1980.

De acordo com dados históricos, o processo de rearticulação social da prática médica ocorreu no século XVIII na Europa, sendo denominado por Michel Foucault<sup>33</sup> como 'nascimento da medicina social' para o qual indicava que “[...] o capitalismo socializou o corpo enquanto força de produção e de trabalho e este fato iria se consolidar por meio da medicina” (MENEGHEL, 2007, p. 05). Na América Latina, esse processo repercutiu mais tardiamente, sendo que entre o final do século XIX até 1930, a medicina social teve como característica “[...] as investigações no campo da higiene patrocinadas pelo Estado e desenvolvidas por institutos de pesquisa nos moldes europeus” (MENEGHEL, 2007, p. 05). No início do século XX, foram criados institutos de medicina tropical<sup>34</sup>, ações de saneamento dos portos, pesquisas com base na parasitologia e levantamentos entomológicos<sup>35</sup>:

[...] Uma medicina higienista e influenciada, sobretudo, pela medicina urbana francesa, que previa o saneamento das cidades, a remoção dos cemitérios, a abertura de grandes avenidas sob a coordenação de agências estatais. Sob o pretexto do controle das doenças e 'limpar' as cidades, o objetivo era eliminar as organizações populares, possíveis 'focos' de rebeliões (MENEGHEL, 2007, p. 05).

Essa forma campanhista de prestação da saúde pública esteve organizada em dois momentos: um voltado ao saneamento dos portos tendo em vista impedir a exportação de doenças, ocasião em que é elaborado o Regulamento Sanitário Internacional para inibir a exportação de doenças; e o outro voltado para o acompanhamento de projetos de interesse econômico, como a extração da borracha no Brasil (MENEGHEL, 2007). A partir de 1930, o setor saúde passa a sofrer influência dos modelos americanos, destacando-se a proposta preventivista de racionalização dos custos da assistência médica elaborada por Leavell & Clark, denominada História Natural da Doença (HND), amplamente difundida pelas escolas médicas latino-americanas (AROUCA, 1976; MENEGHEL, 2002; MENEGHEL, 2007). Sob a égide da História Natural da Doença (HND), postulava-se que a origem das doenças se localizava “[...] em um período de pré-patogênese constituído pela

---

<sup>33</sup> Filósofo francês (1926-1984).

<sup>34</sup> Período de grandes campanhas de controle das doenças chamadas 'tropicais', tais como: a febre amarela, a malária, dentre outras, em atenção às necessidades de saneamento dos portos que eram responsáveis pela exportação dos produtos da colônia para os países centrais (MENEGHEL, 2007).

<sup>35</sup> Relacionado aos estudos que tratam dos insetos.

tão criticada tríade de agentes e hospedeiros equilibrados em uma balança e que banalizava os determinantes sociais, econômicos e ambientais da doença” (MENEHEL, 2007, p. 05), por meio da nomeação e homogeneização de categorias, como é o caso do social, que não aparece como mecanismo explicativo.

A medicina preventiva utilizou-se da história natural para reorganizar o conhecimento médico e importou da epidemiologia as relações entre as características de três elementos: agente, ambiente e hóspede (AROUCA, 1976). Para tanto, promoveu o encontro entre a história natural das doenças como ciência da ordem, numa totalidade que compreendia concomitantemente a presença e a ausência da doença, com o conjunto das condutas advindas das mais diferentes ciências. Essa totalidade “[...] se articula com as fases e níveis de prevenção” (AROUCA, 1976, p. 15), ou seja, “[...] o natural justapondo-se ao técnico, o encontro de uma história que se faz natural com a racionalidade da intervenção e do controle” (AROUCA, 1976, p. 15). Na prática, essa estrutura baseou-se na: dinâmica de equilíbrio/desequilíbrio dos três elementos (agente, ambiente e hóspede), sob o estabelecimento da relação causa/efeito; demarcação de dois momentos no processo de adoecimento: a fase pré-patogênica e a patogênica; abertura de espaço para outras duas novas estruturas: a das relações e a do processo mórbido; e classificação das técnicas e dos objetivos da medicina em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (AROUCA, 1976), representados no Quadro 3 e que estão ainda muito presentes no âmbito da atenção em saúde na organização da política de saúde brasileira.

<b>Períodos</b>	<b>Período pré-patogênico</b>	<b>Patogênese inicial</b>	<b>Patogênese</b>	<b>Término da doença</b>
<b>Interação: Agente – Hospedeiro – Ambiente</b>	-	Doença sub-clínica	Doença aparente	Invalidez Cronicidade Sequela
<b>Promoção à saúde</b>	Proteção específica	Diagnóstico precoce	Limitação do dano	Reabilitação
<b>Prevenção</b>	<b>Primária</b>	<b>Secundária</b>		<b>Terciária</b>

Quadro 3 – Níveis de prevenção em saúde do Modelo da História Natural da Doença (PND).

Fonte: Meneghel (2002, p. 26).

De acordo com as fases propostas por Nunes (1994) o projeto preventivista emerge no cenário latino-americano na segunda metade dos anos 1950, com as reuniões realizadas no Chile e no México, quando se diagnosticava determinada crise teórico-prática na medicina, cuja reforma privilegiou o projeto pedagógico e não diretamente as práticas médicas. A emergência de um projeto alternativo ocorre em um contexto de grandes transformações pós-Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela expansão econômica e intensificação da produção industrial manufatureira, principalmente em países como a Argentina, o Brasil, Chile e México; pelos problemas associados à industrialização, à migração do campo para a cidade e à expansão do sistema educativo (NUNES, 1992; NUNES, 1994).

Com a implantação do novo modo de acumulação baseado na substituição de importações, amplia-se a participação do Estado no processo de acumulação adotando-se medidas de seguridade social e programas de saneamento ambiental nas zonas agro-exportadoras; generaliza-se a utilização do termo “controle”; amplia-se a utilização dos antibióticos e técnicas cirúrgicas e consolida-se a credibilidade na atenção médica individual. Nos convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos da América (EUA) e os diversos países latino-americanos, observa-se que “[...] a prática médica é concebida pela potência hegemônica como fator de aumento de produtividade das classes trabalhadoras dos países dependentes, assim como para buscar um consenso entre as nações” (NUNES, 1992, p. 61), promovem-se as teorias desenvolvimentistas e a idéia do círculo vicioso pobreza-doença (NUNES, 1994).

O saldo do período em que predominou a medicina preventiva foi a inclusão de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística nos cursos de graduação em medicina (NUNES, 1994). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>36</sup>, estimuladora do pensamento preventivista assume em documento, que a introdução de disciplinas de medicina preventiva saldava os objetivos traçados nos seminários realizados em 1955 e 1956 no México e no Chile sob o ponto de vista estrutural. Entretanto, identificava que as reformas preconizadas não foram integradas no

---

<sup>36</sup> Criada em 1902, inicialmente denominada de Escritório Sanitário Pan-Americano, dirigia-se ao controle das grandes epidemias, desempenhando o papel de “[...] encorajar, ajudar ou implementar, de todas as maneiras apropriadas, o saneamento dos portos marítimos, incluindo melhorias sanitárias das docas, esgotamento, drenagem do solo, pavimentação, eliminação de infecção dos prédios e

processo global da formação médica e que a integração comunitária estava baseada em ações desvinculadas dos serviços existentes na comunidade, de modo que se fazia necessário às escolas médicas “[...] integrar em seus currículos a dimensão do social. Para tal, a inclusão da economia e da sociologia da medicina [...] seriam fundamentais” (NUNES, 1994, p. 10).

Até a década de 1960, observa-se o esforço no âmbito pedagógico e da pesquisa em “[...] promover as ciências sociais na saúde, e que sem dúvida tem as marcas muito claras da influência norte-americana” (NUNES, 1992, p. 64). Na década de 1960<sup>37</sup>, cresce a quantidade de escolas médicas e introduzem-se os departamentos de medicina preventiva e social, em cuja estrutura surgem quatro grandes áreas: estatística, epidemiologia e saneamento, organização e administração sanitária e ciências sociais. Conforme Teixeira (1982, p. 41), “[...] apesar do caráter limitado que este movimento de reforma do ensino médico teve nesse período, chegou a influenciar debates e medidas no sentido de enfatizar-se a formação do chamado médico generalista”, mas a institucionalização da medicina preventiva e social só viria a efetivar-se posteriormente, com a Reforma Universitária de 1968.

A crítica à ênfase biológica, hospitalocêntrica e individualizada da formação, prenuncia a introdução de conhecimentos que permitissem uma visão mais completa dos sujeitos sociais através da integração biopsicossocial, da inclusão de conteúdos das ciências sociais e enfatizando-se o modelo de medicina de família ‘integrada’ no plano da comunidade (NUNES, 1992; NUNES, 1994). Instaura-se a partir disso, a implantação da segunda fase da saúde coletiva (NUNES, 1994): a medicina preventiva e social<sup>38</sup>, cujo movimento estende-se à década de 1970 e volta seus trabalhos “[...] afirmando-se como disciplina independente, operando a reorganização do conhecimento médico, e tentando a delimitação com a Saúde Pública e a Medicina Social” (PAIM, 1986, p. 32). Nesse contexto surgem:

---

destruição de mosquitos e outras pragas. Mas, progressivamente, ela começa a expandir seu campo de atuação” (NORONHA, 2002, s. p.).

<sup>37</sup> Registre-se o pioneirismo da produção intelectual de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) no Brasil, nos momentos iniciais das ciências sociais no campo da saúde, a partir da segunda metade da década de 1960 (NUNES, 2008).

<sup>38</sup> O termo é utilizado por alguns autores como medicina preventiva e social e por outros, apenas como medicina social. Esta última teve origem européia, tendo sido cunhada na França em 1848. A idéia reaparece em 1952, em reunião convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (NUNES, 1994).



Os primeiros cientistas sociais; autodidatas em questões de saúde ensaiam os passos iniciais de uma atividade compartilhada com médicos, enfermeiras e *assistentes sociais*<sup>39</sup>. Este contato enseja formas de atividades multiprofissionais através de trabalhos práticos, especialmente aqueles voltados para a comunidade, ponto crucial na proposta preventivista dos anos [1960] 60 (NUNES, 1992, p. 62).

Dada à sua dimensão ‘teórico-aplicada’ esse movimento configurou a apropriação das ciências sociais pela medicina, mas é somente a partir da década de 1970 que começam a ocorrer importantes eventos no que diz respeito às ciências sociais em saúde (NUNES, 1992). Os anos iniciais da década de 1970 são potencialmente ricos nas discussões teóricas sobre as relações saúde/sociedade, destacando-se a introdução do paradigma marxista em sua corrente estruturalista de análise. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) lança em 1974, documento retomando idéias acerca do objeto da medicina social, definindo a relação do campo de práticas e conhecimentos da saúde com o estudo da sociedade, a análise das formas de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica (NUNES, 1994). Por outro lado, assumia-se que “[...] a grande meta era garantir, através da intervenção do Estado, a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos” (NUNES, 1994, p. 12).

Dentre as discussões dos caminhos da medicina preventiva no Brasil em 1970, eram defendidos posicionamentos embasados, por um lado: no conceito de medicina social nos moldes europeus “[...] enfatizando os níveis de prevenção através das práticas individuais ou coletivas da atenção médica” (NUNES, 1994, p. 11). Por outro, naqueles enfatizando a medicina social como o estudo do processo saúde-doença nas populações, sua relação com a estrutura de atenção médica e dessas para com o sistema social global (NUNES, 1994).

A problemática de saúde ganha visibilidade social principalmente por causa do movimento social popular operário e universitário. O país vivenciava a crise do modelo de organização da saúde pública desenvolvimentista, à luz do qual haviam sido vislumbradas melhores condições de saúde da população como um dos efeitos do crescimento econômico<sup>40</sup>. Sob a influência dos referenciais externos<sup>41</sup>, em

---

<sup>39</sup> Grifo nosso.

<sup>40</sup> Destaque para o ‘milagre econômico’ (1969-1973), período da ditadura militar de excepcional crescimento econômico no governo do General Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), marcado pela concentração de renda e contraditoriamente, da pobreza.

<sup>41</sup> Destaca-se a forte influência dos Estados Unidos da América (EUA), onde houve precursores na sociologia médica logo nas primeiras décadas do século XX. Convém ressaltar também, duas das

meados da década de 1970 passam a materializarem-se em algumas administrações municipais, programas com vistas à ampliação da cobertura das ações básicas, mais especificamente direcionados à população excluída do sistema previdenciário, então representado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (FELIPE, 1987; NUNES, 1994).

Uma das principais propostas desse processo foi a de desenvolver a crítica ao funcionalismo e o repensar da saúde sob uma discussão epistemológica, incorporando-se nas análises o materialismo histórico e dialético através da apropriação dos escritores clássicos ou através dos seus críticos. Diante disso, a matriz estrutural-funcionalista orientadora da sociologia médica como um campo amplo denominado de 'ciências sociais aplicadas à medicina', torna-se alvo de críticas contundentes do materialismo histórico e dialético (NUNES, 1992).

No âmbito da formação, abrem-se os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu*: na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (1970); na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1971); na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (1973) e na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (1973). O primeiro curso de mestrado brasileiro em Medicina Social (1974)<sup>42</sup> é oferecido no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Na segunda metade da década de 1970 são instalados os cursos regionalizados de Saúde Pública, objetivando formar profissionais para atuação na extensão da cobertura na rede básica de serviços (NUNES, 1994).

No contexto internacional ocorre em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>43</sup>. A Atenção Primária de Saúde (APS) é definida como principal estratégia para a expansão das coberturas dos serviços para toda a população e diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, caracterizando-se os cuidados primários de saúde como essenciais e baseados em:

---

suas vertentes de pesquisas no período de 1930-1950: “[...] a histórico-social com Sigerist e os primeiros estudos sobre os fatores sociais na medicina, realizados por Stern, na perspectiva do materialismo histórico” (NUNES, 1992, p. 61).

<sup>42</sup> Conforme Nunes (1994) o mesmo permaneceu praticamente inalterado até 1986, quando foi substituído pelo mestrado em Saúde Coletiva.

<sup>43</sup> Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) fundada em 1946, com o objetivo de fornecer assistência emergencial às crianças no período pós-Segunda Guerra Mundial na Europa, no Oriente Médio e na China. Atualmente atua na defesa de direitos das crianças, na construção de respostas às suas necessidades básicas e para o seu desenvolvimento.

[...] Métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 01).

Os cuidados primários de saúde foram considerados foco principal do sistema de saúde dos países e parte integrante do desenvolvimento global comunitário, sendo classificados como “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde [...] constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 01). Ao indicar a necessidade de aproximar as ações em saúde ao cotidiano dos sujeitos, introduziu a discussão do território de saúde, neste sentido, compreendido como um espaço privilegiado de produção e reprodução social.

Na Declaração de Alma-Ata, faz-se um chamamento dirigido particularmente aos trabalhadores do campo da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, destacando-se a participação comunitária como um dos princípios fundamentais dos cuidados primários de saúde, ressaltando-se que constitui “[...] direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 01), e que os mesmos:

Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 02).

Nesse ínterim, a saúde é concebida como “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade [...]” (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 01). Elevada à condição de direito humano fundamental, a busca pela consecução do seu mais alto nível é equiparada a mais importante meta social mundial, atrelando-se a sua efetivação além do setor saúde, à ação coletiva de setores sociais e econômicos. Denotou desse processo, a aprovação de vinte e duas resoluções, dentre as quais, que a Organização Pan-

Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) seguissem apoiando estratégias nacionais de cuidados básicos de saúde, cujas recomendações foram aprovadas na Assembléia Mundial de Saúde de 1979 e acatadas pelo governo brasileiro, fazendo referência à relação entre saúde e desenvolvimento (NUNES, 1994).

Embora tenha sido realizada num período de crise monetária internacional, a Declaração de Alma-Ata seguiu influenciando mudanças no cenário da política de saúde mundial durante a década seguinte, considerada a dos anos do ajuste fiscal (GIL, 2006). Dentre os principais vetores dessa crise destaca-se o modelo médico hegemônico que além de elevar os gastos com saúde, mostrava-se pouco impactante na melhoria da qualidade de saúde e vida da população e na otimização dos serviços.

O contexto de implementação da atenção primária coincide com um momento histórico de contenção do financiamento, sob a lógica racionalizadora defendido pelas agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, tendo “[...] seus pressupostos estruturantes de novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente)” (GIL, 2006, p. 1179). Na prática, a viabilização de novas diretrizes mostrava-se uma tarefa extremamente difícil devido ao comprometimento histórico do Estado com o modelo privatista engendrado, fato que implicou no desmonte ou estagnação dos serviços públicos próprios ou conveniados.

Além da instalação dos primeiros cursos de pós-graduação em Medicina Social e Saúde Coletiva no Brasil, formam-se duas grandes instituições especializadas nessa matéria: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). O primeiro foi fundado em 1976, na condição de centro de difusão com a possibilidade de ampliar para a sociedade civil os debates críticos que se avolumaram entre profissionais e intelectuais no aparelho do Estado e na própria sociedade civil e ampliar a informação e o debate para além do reduto da corporação médica (COUTINHO, 1988). A segunda foi constituída em 1979, integrando inicialmente um conjunto de profissionais da área da saúde vinculados principalmente à área acadêmica, que intentavam congregiar as instituições formadoras num momento em

que se sentia o esgotamento das orientações de saúde pública clássica e de medicina preventiva e social (NUNES, 1994; FONSECA, 2006).

Ambos estabelecem-se como espaços de resistência social e análise crítica da situação de saúde nacional, modelo de atenção em saúde e políticas sanitárias. Juntamente com os eventos ocorridos em 1978: a) I Encontro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: realizado em Salvador no Estado da Bahia (BA); b) Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALESP): realizada em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo (SP); representaram as bases constitutivas da versão brasileira da terceira das fases adotadas nessa análise: a saúde coletiva propriamente dita (NUNES, 1994).

Para Paim; Almeida Filho (1998, p. 301), no caso específico da América Latina a emergência nos últimos vinte (20) anos de um campo que se designou como saúde coletiva “[...] permite a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional”. Na perspectiva de análise dos autores, a saúde coletiva se refere ao:

‘Conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência’, encontra seus limites e possibilidades nas inflexões da distribuição do poder no setor saúde e numa dada formação social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

Sublinhar o caráter histórico e estrutural da saúde coletiva implica no reconhecimento teórico e empírico do conjunto de práticas em nível econômico, político, ideológico, técnico, dentre outras, tomando-se como objeto as necessidades sociais de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Estas, por conseguinte são necessidades de reprodução social que “[...] por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes, ou seja, são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver” (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p. 1261).

Para Campos; Soares (2003, p. 622), tanto as necessidades quanto as desigualdades em saúde estão “[...] alicerçadas no entendimento de que as necessidades de saúde são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social”. Destarte, a compreensão do objeto da saúde coletiva a partir

desses pressupostos ratifica a relação intrínseca do campo de saberes e práticas que lhe é constitutivo ao referencial teórico-epistemológico materialista histórico com fundamentação marxista, dado que a análise de ambos perpassa o conjunto de desigualdades e resistências sociais produzidas no âmbito do modo capitalista de produção e reprodução social.

Sobre a discussão atual acerca da caracterização da saúde coletiva como campo (COHN, 1992; NUNES, 1994; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; TAMBELLINI; CÂMARA, 1998; CAMPOS, 2000; LACAZ, 2001; L'ABBATE, 2003; SPAGNOL, 2005; CAMPOS; MISHIMA, 2005) e núcleo de saberes e práticas, Campos (2000, p. 53), pressupõe o núcleo como “[...] uma aglutinação de conhecimentos em um saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso.” Enquanto o núcleo demarca certa identidade profissional de uma área de saber e prática profissional, o campo sugere “[...] um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 53). Nessa óptica, o campo da saúde coletiva é o trabalho em saúde na sua totalidade; e o núcleo compreende a construção histórica e social das identidades das diversas categorias profissionais de saúde que participam do processo de trabalho em saúde conformando esse trabalho coletivo.

Diversos autores vêm afirmando que a expressão saúde coletiva é uma invenção tipicamente brasileira (CAMPOS, 2000; CARVALHO, 2002; L'ABBATE, 2003; MINAYO, 2008), que contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS); para o enriquecimento da compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença (CAMPOS, 2000); e no processo de institucionalização da saúde como direito social de responsabilidade do Estado<sup>44</sup>. As críticas ao modelo assistencial e o foco na organização do sistema de saúde, formuladas pelos segmentos relacionados à medicina preventiva e social, sistematizando conhecimentos sobre a matéria, nuclearam o movimento de saúde coletiva que se constituiu condutor principal do movimento de Reforma Sanitária no país<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Conforme discussão apresentada no item 2.2 desse capítulo.

<sup>45</sup> Segundo Minayo (2008) o movimento de Reforma Sanitária provocou várias inflexões importantes, dentre as quais destaca duas tendências de mudança: a primeira, em prol da universalização da atenção à saúde e a segunda, em busca de rompimento com o modelo hospitalocêntrico e

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, “elo entre a comunidade e a equipe que se responsabiliza pela atenção básica em saúde de uma área adscrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas” (BRASIL, 2008a); e do Programa Saúde da Família (PSF) que teve as primeiras equipes formadas em 1994, fazem parte do processo de reformas no âmbito da organização da política de saúde brasileira no contexto pós-movimento de Reforma Sanitária. Para a composição das equipes nas unidades de Saúde da Família, preconiza a formação de uma equipe representada por no mínimo “[...] um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (BRASIL, 1997, p. 13).

Em que pese o discurso governamental dessa proposta reorganizar o modelo tradicional de atenção com ênfase na prática médica, a sugestão de uma “equipe mínima” revela certa contradição estruturante. O Programa Saúde da Família (PSF) concebido como uma unidade pública de saúde destinada a “[...] realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção” (BRASIL, 1997, p. 11), deve constituir-se:

O primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família (BRASIL, 1997, p. 11).

Por meio do processo de fusão ocorrido no período de 1995 a 1997, esses programas passaram a compor a estratégia<sup>46</sup> Saúde da Família devendo abranger ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com vistas à mudança do

---

incorporação de serviços básicos no âmbito de uma política de saúde de caráter público garantida pelo Estado.

<sup>46</sup> A definição de estratégia Saúde da Família é assim concebida pela compreensão de que possui maior abrangência do que a terminologia “programa”, cuja conotação é de uma atividade com previsão de início, desenvolvimento e fim. De acordo com documento veiculado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1997, p. 08), “[...] embora rotulado como programa, o PSF [Programa Saúde da Família], por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde.”

modelo assistencial. Atentando aos pressupostos da territorialização “[...] a população adscrita deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem” (BRASIL, 2008a), e a atenção deve ocorrer de forma articulada com os demais níveis do sistema de saúde dos respectivos municípios. Na Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96)<sup>47</sup> foram definidos e estabelecidos, dentre outros, as responsabilidades entre estados e municípios<sup>48</sup>, as modalidades de gestão municipal da saúde: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal<sup>49</sup>, o Piso de Atenção Básica (PAB)<sup>50</sup> e a Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>51</sup>.

De maneira particular, a discussão sobre as fontes de financiamento da saúde brasileira tem perpassado as inúmeras portarias publicadas pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>52</sup> nessa primeira década do século XXI. Observa-se uma autonomia parcial nas instâncias estadual e municipal à medida que a responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços é das três esferas de governo, mas é a esfera Federal que define a alocação dos recursos nos programas do sistema de saúde. Este impasse está presente no conteúdo da Constituição Federal de 1988 ao discutir as fontes de financiamento no âmbito da Seguridade Social e ratificado nos artigos 194 e 195 da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996a). A vinculação do provimento dos recursos à execução de programas específicos dita a

---

<sup>47</sup> Aprovada através da Resolução n. 195, de 27 de agosto de 1996. Para maiores informações, consultar Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas da saúde (NOBs), regras para a descentralização e adoção de incentivos financeiros no Brasil (1990-2002), disponível no item 2.2 desse capítulo.

<sup>48</sup> Através da definição do financiamento das ações e serviços de saúde, responsabilidades, fontes e transferências governamentais e contrapartidas. Para maiores informações consultar item n. 10 da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96) (BRASIL, 1996a).

<sup>49</sup> Para maiores informações consultar item n. 15 da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96) (BRASIL, 1996a).

<sup>50</sup> De acordo com o disposto na própria Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96), consiste em “um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal [...] definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município [...]” (BRASIL, 1996a, p. 14).

<sup>51</sup> Envolve as atividades de “assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS [Sistema Único de Saúde], de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo” (BRASIL, 1996a, p. 13).

<sup>52</sup> Para citar algumas: Emenda Constitucional n. 29/2000, que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS-2001/2002), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e procede à atualização dos critérios de habilitação de



condição do município de implementar a política para merecê-los (MARQUES; MENDES, 2003).

O desafio que se apresenta à saúde coletiva na década de 1980 e início dos anos 1990 é o de conquista de sua maioria “[...] de um lado assumir sua especificidade pós-período desenvolvimentista e de outro, assumi-la pós-período da transição democrática, onde agora cabe a ela mostrar sua especificidade frente às outras áreas e setores” (COHN, 1992, p. 105). Nos anos 1990 percebe-se que a antropologia e a psicologia social passaram a ter “[...] maior visibilidade na subárea de ciências sociais em saúde, ressaltando-se as preocupações com as representações sociais sobre o processo saúde/doença, a morte e o uso dos serviços de saúde por diferentes grupos sociais” (MARSIGLIA, et al, 2003, p. 277).

Em 2006, como produto da articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS/CONASEMS), aprovou-se o Pacto pela Saúde em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em face aos desafios de reorganização da gestão e reafirmação da política pública de saúde brasileira através da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), essa forma supera a lógica organizativa baseada nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e aponta o limiar de “[...] um novo patamar de relações e responsabilidades entre os gestores” (DIAS, 2007, p. 105), das distintas esferas de governo. Para a efetivação dessa proposta, gestores das esferas de governo federal, estadual e municipal pactuaram o compromisso de sua revisão anual com base nos princípios institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ênfase nas necessidades de saúde da população e implicação com a definição de prioridades articuladas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006c).

Ditas prioridades foram expressas através de objetivos e metas e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006c). Para cada um dos três componentes, estabeleceram-se os seguintes elementos constitutivos:

**a) Pacto pela Vida:** formado por um conjunto de compromissos sanitários, traduzidos em objetivos de processos e resultados, provenientes da análise da

---

estados e municípios; Portaria Ministério da Saúde n. 1101/2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

situação de saúde do país e das prioridades estabelecidas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Dentre as prioridades e objetivos para a atenção básica em saúde em 2006, prevaleceu a ênfase na consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família planejada como modelo e núcleo determinante das redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006c). Em 2008, de acordo com a Portaria n. 325/2008, as prioridades foram: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias (ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS); promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem (BRASIL, 2008c).

**b) Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS):** contempla ações articuladas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal visando legitimar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública de Estado para além de uma política de governo e a defesa dos seus princípios constitutivos dispostos na Constituição Federal de 1988. Sua materialização depende de “[...] um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira [...]” (BRASIL, 2006c, p. 02), cuja centralidade extrapola as fronteiras do setor saúde. Dentre as prioridades estabelecidas para 2006, destaca-se a implementação de um projeto permanente de mobilização social com ênfase nas proposições de divulgação social dos princípios e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006c).

**c) Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde (MS) para os estados e os municípios, promovendo a descentralização e a desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores. Integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (Termos de

Responsabilidades de Gestão), cuja assinatura substitui os Processos de Habilitação para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006c).

No cenário de aprovação do Pacto pela Saúde acordado pelos entes federativos e diante da atenção voltada ao fortalecimento da atenção básica em saúde nas prioridades e objetivos expressos nos seus componentes, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) através do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), apresentou na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a estrutura da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Neste contexto, a atenção básica foi caracterizada “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b, p. 10), e o Programa Saúde da Família (PSF) foi considerado a estratégia prioritária para a sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em território nacional. Para tanto, foram identificados como fundamentos da atenção básica:

I- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços; III- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; VI- Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006b, p. 11).

Concomitantemente foram lançadas mais duas Portarias n. 649/2006 e 650/2006. A primeira definia valores de financiamento para aquele ano com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para as Equipes da Saúde da Família (ESF). A segunda trata da definição de valores de financiamento e revisão das diretrizes e normas organizacionais da atenção básica para a estratégia Saúde da Família e Programa e para os Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituídos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006e).

No item que trata sobre a descrição da infra-estrutura e recursos necessários para a sua efetivação nos municípios e Distrito Federal, caracterizou-se a estruturação de Unidade Básica de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por “médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros” (BRASIL, 2006b, p. 06). Desta forma, ao mesmo tempo em que a norma institucional abre a possibilidade de ampliação da equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica, contraditoriamente, sugere uma “equipe mínima” com ênfase “biológica” semelhante aos modelos de atenção anteriores, colocando em xeque a efetivação dos seus próprios fundamentos de ação interdisciplinar, integral e intersetorial<sup>53</sup>.

Entende-se que a atenção básica em saúde deve ser desenvolvida através da execução de práticas gerenciais democráticas e participativas, valorizadoras do trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios delimitados sob as quais detém responsabilidade sanitária, considerando o contexto dinâmico e contraditório que caracteriza o espaço em que vivem os sujeitos sociais a quem disponibilizam os seus serviços. Essa concepção de território refere-se ao “[...] espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras” (BRASIL, 2008a). A efetivação dessas atividades se materializa na busca por formular respostas aos problemas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância num determinado território, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Por essa caracterização, a atenção básica é considerada atualmente o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

As ações de prevenção “[...] são organizadas e executadas como forma de planejar intervenções [...] [antecipando], atuando sobre um problema específico ou sobre um grupo de problemas, de modo a alcançar pessoas ou grupos em risco de adoecer ou de se acidentar” (BRASIL, 2003a, p. 117), incluindo ações individuais como o diagnóstico precoce e ações coletivas a exemplo da vigilância sanitária. As

---

<sup>53</sup> Que pressupõe a intersetorialidade das ações enquanto estratégia que visa à superação da fragmentação das políticas nas diversas áreas em que são operacionalizadas e tem como desafio “[...] articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida” (BRASIL, 2008a).

ações de promoção e proteção da saúde se referem às “intervenções ambientais, as intervenções nas relações e nas condições sanitárias dos ambientes de trabalho, o controle da produção e distribuição dos bens, produtos e serviços, o controle de vetores e hospedeiros, a operação de sistemas de saneamento ambiental, entre outros” (BRASIL, 2003a, p. 117). Nestas, estão contempladas as ações de tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvidas pelo próprio setor saúde, por outros setores de governo ou ainda, pelo planejamento e operacionalização intersetorial.

Uma das mais recentes medidas do Ministério da Saúde (SUS) no que tange à atenção básica é a Portaria n. 154/2008, que propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante o objetivo de ampliar a “abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008b, p. 02). Na formulação governamental, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem ser constituídos por equipes multidisciplinares compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento buscando “[...] instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes da Saúde da Família (ESF)” (BRASIL, 2008b, p. 02). Para fins organizativos estão previstas duas modalidades:

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo. § 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. § 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo. § 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008b, p. 02).

Conforme o preconizado pela proposta, o desenvolvimento das atividades no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de modalidade um (01) deve estar vinculado a no mínimo oito (08) e no máximo vinte (20) Equipes da Saúde da

Família (ESF), e as atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de modalidade dois (02) devem estar vinculadas a no mínimo três (03) Equipes da Saúde da Família (ESF). Em que pese aos modelos tradicionais de atenção em saúde, a inclusão das áreas de conhecimento supracitadas, em sua grande maioria reconhecidas como categorias profissionais de saúde de nível superior pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1998), ainda que em condições de cobertura diferenciada daquelas da “equipe mínima”, representa um salto qualitativo em direção à transformação do modelo assistencial e atende em parte as demandas das diversas entidades representativas profissionais nos últimos anos. Todavia, não está conclusa a luta no âmbito da organização multiprofissional do trabalho coletivo em prol de condições igualitárias de inserção em espaços sócio-ocupacionais da política de saúde, tendo em vista evitar prejuízos à qualidade da atenção, sob pena de retroceder-se às práticas contraditórias observadas ao longo da trajetória de busca pela efetivação da saúde como direito social.

Na saúde coletiva a partir de meados da década de 1990 até o presente momento, foram criados inúmeros fóruns próprios para o debate das ciências sociais em saúde, consolidando-se o ensino das ciências sociais em cursos de pós-graduação em Saúde Pública e Saúde Coletiva e em cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia, além de alguns conteúdos ou disciplinas nos cursos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (MARSIGLIA; SPINELLI, 1995). Destacam-se a criação de cursos de graduação em saúde coletiva e o significativo crescimento dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* por todo o país, além da enorme produção intelectual desta matéria em revistas em formato impresso e em meio digital, com os temas mais diversificados possíveis. Para Campos (2000, p. 52), “[...] a ambiguidade e a ubiquidade do conceito de saúde coletiva têm também contribuído para a fragmentação e para o enfraquecimento do seu campo de saber e de práticas”, constituindo-se um dos desafios contemporâneos do campo da saúde coletiva a sua melhor definição.

Cabe ressaltar que para a escolha da concepção de atenção básica nesse contexto, considerou-se o fato de constituir o primeiro nível de atenção na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e permear as mais recentes medidas aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização do setor. Muito embora os referenciais da Declaração de Alma-Ata tenham influenciado as primeiras experiências de implantação dos serviços de saúde municipais brasileiros, no

transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os mesmos vêm perdendo sua potência e sendo gradativamente substituídos pela concepção da atenção básica em saúde. Enquanto a atenção primária de saúde é um termo aceito internacionalmente englobando as iniciativas que se baseiam na promoção da saúde (STARFIELD, 2002), a atenção básica em saúde é uma expressão criada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para definir uma forma própria de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se cada vez mais frequente o uso do termo atenção básica como referência aos serviços municipais, concepção que assim como a atenção primária de saúde sofreu forte influência do Banco Mundial na organização das ações (GIL, 2006).

Para verificar a prevalência da utilização das concepções de atenção primária, atenção básica e Programa Saúde da Família (PSF) na produção teórica contemporânea, Gil (2006) analisou os principais documentos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>54</sup> publicados pelo Ministério da Saúde (MS) no período de 1990-2005 e revisou a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), a partir dos textos completos apresentados na Scielo<sup>55</sup>. A análise revelou que no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] a atenção primária à saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial” (GIL, 2006, p. 1171).

A adoção da concepção de atenção básica surge permeada por políticas de redução do papel do Estado caracterizadoras da década de 1990 e, “[...] apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde” (GIL, 2006, p. 1179), dada a perceptível intensificação desse movimento, cujas principais características são a focalização e a privatização da saúde. Dias (2007) corrobora que essa priorização da atenção básica subverteu o ideário da Reforma Sanitária, pois ocorreu em consonância com o ajuste fiscal e a reforma administrativa orientada pelos organismos internacionais de combate à pobreza e focalização das políticas sociais, num contexto em que a descentralização aparece como um

---

<sup>54</sup> Refere ter escolhido esses documentos por considerá-los representativos do debate democrático entre academia, gestores, profissionais e usuários. Em sua obra, Gil (2006) descreve detalhadamente os aspectos que motivaram a escolha desses documentos.

<sup>55</sup> Gil (2006) considerou essa base de dados pela acessibilidade e fluência que apresenta entre pesquisadores e estudiosos.

instrumento importante no âmbito das reconfigurações do papel do Estado<sup>56</sup> e dos diversos níveis de intervenção estatal.

Diante do exposto ressalta-se que a concepção de atenção básica adotada nessa análise não pressupõe a opção por esta forma de atenção em detrimento à atenção primária em saúde e sim faz referência ao primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) escolhido como *locus* da coleta de dados empíricos da pesquisa que embasou a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social e subcategoria temática e/ou explicativa da realidade para analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva. A utilização da atenção básica pauta-se no fato de constituir espaço sócio-ocupacional dos sujeitos da pesquisa e espaço teórica e tecnicamente destinado ao desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006c), de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) na atual forma de organização da atenção. E a opção pela saúde coletiva se consubstancia na reafirmação do movimento dos defensores dessa abordagem por imprimir uma nova concepção de saúde mediante o rompimento com a lógica biologicista centrada na atenção médica individual, de natureza privatista e hospitalocêntrica, elementos caracterizadores da saúde pública intermediada pelo Estado durante grande parte da trajetória histórica da política de saúde brasileira.

---

<sup>56</sup> Para Junqueira (1997, p. 179), as feições anteriores do Estado centralizador e autoritário cujas intervenções estiveram voltadas a interesses particulares “[...] comprometeu a eficácia dos seus



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A pesquisa social orienta-se por um conjunto de questionamentos, teorias, categorias expressas em conceitos, método, técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados que informam os caminhos ou a metodologia empregada no movimento de aproximação concreta com o objeto de estudo e construção da ciência. Para atingir a finalidade da ciência de tratar a realidade prática e teoricamente, colocam-se vários caminhos, procedimentos e ferramentas dos quais tratam a metodologia (DEMO, 1991). A metodologia diz respeito ao “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994, p. 16), que ocupa um lugar central no interior das teorias. Destaca-se a transversalidade da revisão bibliográfica em todas as etapas da pesquisa, cuja finalidade é a de “[...] colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 71). Quando realizada com profundidade, atentando-se aos critérios de cientificidade e de forma associada aos demais procedimentos metodológicos de aproximação com o objeto ou fenômeno que se busca desvendar através da pesquisa, a revisão bibliográfica oferece meios não apenas para solucionar problemas anteriormente conhecidos e estudados, mas para explorar novos campos cujos conhecimentos ainda não estejam suficientemente cristalizados.

O trabalho em espiral “[...] que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações” (MINAYO, 1994, p. 26), caracteriza o caminho percorrido no processo investigativo e é denominado ‘ciclo da pesquisa’. O ciclo da pesquisa compreende três grandes etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo e o tratamento do material, solidificadas em procedimentos metodológicos que se complementam mutuamente. De acordo com essas etapas apresenta-se a seguir o percurso metodológico da pesquisa que embasou a presente dissertação de Mestrado em Serviço Social e trata dos caminhos trilhados no decorrer do processo investigativo. A fase exploratória compreende a formulação do problema de pesquisa, definição das questões norteadoras e dos objetivos; a caracterização da abordagem e tipo de

---

gastos sociais e não beneficiou os mais necessitados [...] situação [acentuada] com a crise fiscal e [que] tornou necessário que se repensasse o modelo de desenvolvimento em vigor no país.”

estudo; a escolha do método, das categorias do método, categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade; o universo de pesquisa, seleção e caracterização sócio-demográfica, da formação e da inserção sócio-ocupacional dos sujeitos. O trabalho de campo abrange as técnicas, os instrumentos e os procedimentos utilizados no processo de coleta dos dados empíricos no respectivo *locus* de pesquisa. A etapa de tratamento do material elucida as formas de análise dos dados empíricos coletados durante o trabalho de campo, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, conforme os procedimentos elencados na análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

### 3.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

O problema de pesquisa é um processo contínuo de pensar reflexivo “cuja formulação requer conhecimentos prévios do assunto (materiais informativos), ao lado de uma imaginação criadora” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 26). Sua caracterização define e identifica o assunto em estudo, devendo ser formulado preferencialmente de forma interrogativa. Atentando-se a esse pressuposto, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: “como se configura o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica?” De acordo com Prates (2003) o planejamento da pesquisa deve ser permeado e fundamentado por valores e ter direção definida dentro da história de vida do pesquisador. A aproximação e o interesse pela temática surgiram na formação de ensino em serviço<sup>57</sup> pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS)<sup>58</sup>. Nesse contexto oportunizou-se a integração de equipe multiprofissional composta por categorias profissionais de saúde de nível superior<sup>59</sup>,

---

<sup>57</sup> Formação na especialidade “Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica” (2005-2007), desenvolvida sob a coordenação do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), situado no Bairro Partenon, zona leste do município de Porto Alegre (RS) (ESCOLA..., 2008).

<sup>58</sup> Órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), situado no Bairro Partenon, zona leste do município de Porto Alegre (RS) (ESCOLA..., 2008).

<sup>59</sup> Mais especificamente constituída por profissionais residentes, supervisores e preceptores das áreas de: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina (Família e Comunidade, Cardiologia, Ginecologia, Pediatria e Psiquiatria), Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (ESCOLA..., 2008).

em espaços de atenção básica, de atenção secundária, planejamento, gestão e avaliação de ações e serviços de saúde.

A delimitação do problema deve contemplar indicações das variáveis que intervêm no estudo e as possíveis variáveis entre si (MARCONI; LAKATOS, 2002). Para responder ao problema de pesquisa foram estabelecidas relações entre elementos julgados passíveis de interferência nas configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), desdobrados em quatro questões norteadoras:

- Questão norteadora 1 – Quais as características profissionais e sócio-ocupacionais dos assistentes sociais que trabalham no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde no município de Porto Alegre (RS)?

- Questão norteadora 2 – Quais as atribuições privativas e as competências do assistente social no desenvolvimento do seu trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica?

- Questão norteadora 3 – Qual o modelo de atenção que fundamenta o trabalho do assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica?

- Questão norteadora 4 – De que forma o trabalho do assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica contribui para a garantia do direito à saúde?

Para explicitar o problema de pesquisa e aumentar os conhecimentos sobre a temática em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2002), foram elaborados os respectivos objetivos. O objetivo geral foi o de: “analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos”. Tendo em vista a sua complementação e o desvendamento das questões norteadoras, foram também formulados cinco objetivos específicos:

- Objetivo específico 1 – Identificar as informações sócio-demográficas, da formação e da inserção sócio-ocupacional dos assistentes sociais que trabalham no âmbito da atenção básica em saúde no município de Porto Alegre (RS).

- Objetivo específico 2 – Evidenciar as atribuições privativas e as competências do assistente social na saúde coletiva, a fim de identificar as perspectivas que orientam o seu trabalho e potencializar a discussão da inserção profissional no espaço sócio-ocupacional da atenção básica.

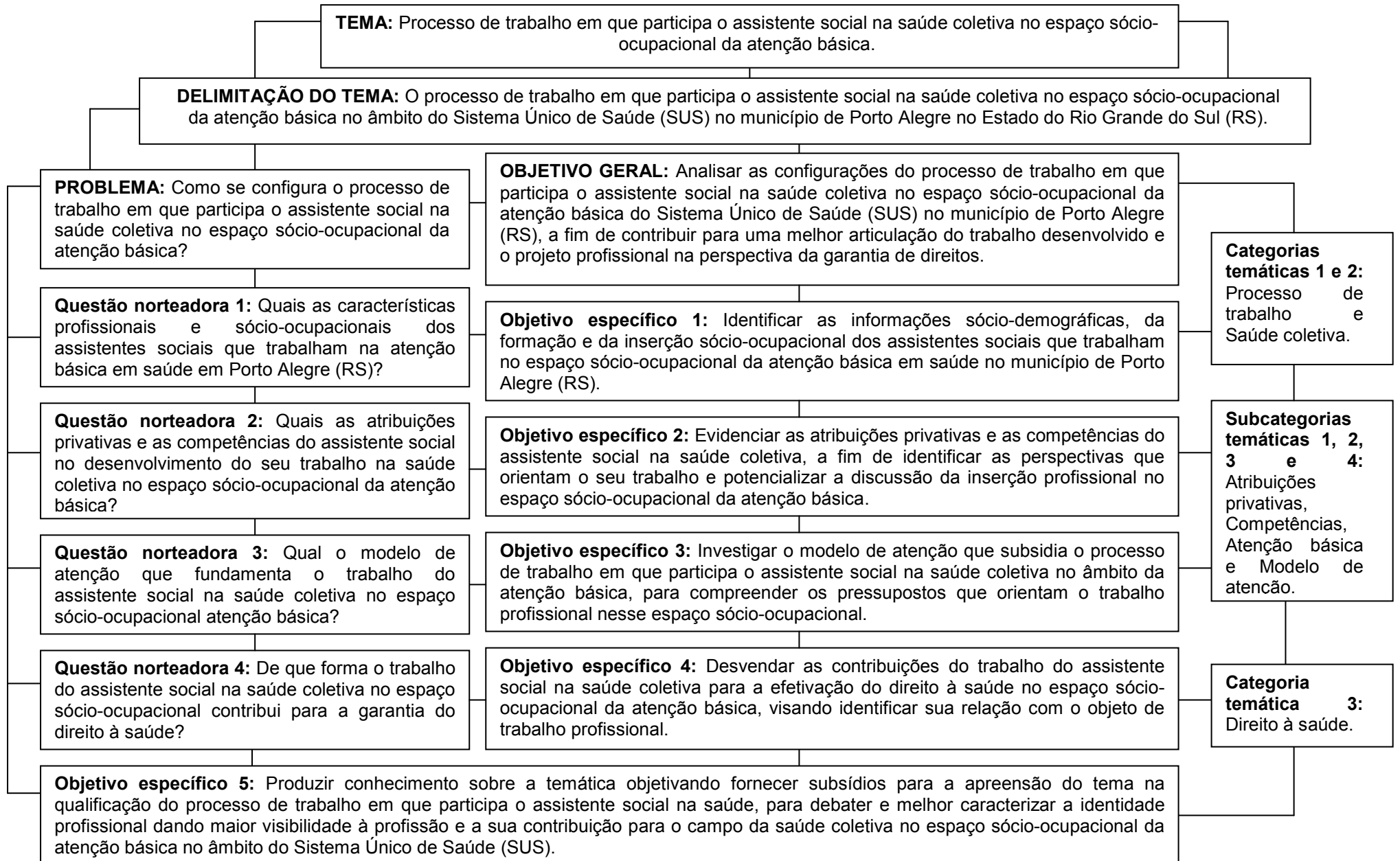
- Objetivo específico 3 – Investigar o modelo de atenção que subsidia o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica, para compreender os pressupostos que orientam o trabalho profissional nesse espaço sócio-ocupacional.

- Objetivo específico 4 – Desvendar as contribuições do trabalho do assistente social na saúde coletiva para a efetivação do direito à saúde no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, visando identificar sua relação com o objeto de trabalho profissional.

- Objetivo específico 5 – Produzir conhecimento sobre a temática objetivando fornecer subsídios para a apreensão do tema na qualificação do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição para o campo da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Figura 2, encontra-se ilustrado o esquema metodológico norteador da pesquisa.

**Figura 2 – Esquema metodológico da pesquisa**



### 3.2 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

A pesquisa se caracteriza pela capacidade de através do questionamento estabelecer novas explicações para o real. Como princípio social, pode integrar o processo de enfrentamento das desigualdades sociais daqueles sujeitos nela envolvidos ou que dela se utilizarão, traçando sua crítica aos processos que as desencadeiam e produzindo elementos que possam subsidiar a resistência social. Demo (1997, p. 36), define pesquisa como “[...] diálogo inteligente com a realidade, tomando-o como processo e atitude, e como integrante do cotidiano.” Entendê-la como diálogo que se propõe à transformação do real é dotar, também, de qualidade política, o papel do pesquisador.

O presente estudo tem caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa, versando sobre o tema do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica. Conforme Triviños (1987, p. 109), o estudo exploratório “[...] permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema [...]” e o caráter explicativo está no esforço de explicá-lo reconstituindo o movimento da realidade social. Esta perspectiva objetiva qualificar a apreensão do objeto em estudo, produzir conhecimentos acerca da temática e do próprio contexto histórico e social que subsidiem a realização de mudanças que impactem na realidade onde se encontram inseridos os sujeitos do processo. A pesquisa qualitativa utiliza informações enquanto fenômenos que “[...] não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos” (CHIZZOTTI, 1991, p. 84). As informações passíveis de serem organizadas a partir da atribuição de significados, valores, representações, numa perspectiva de totalidade histórica constituem elementos significativos e relevantes para esse tipo de abordagem de pesquisa. Existem alguns pressupostos bastante importantes para a utilização da pesquisa qualitativa:

[...] Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. [...] Como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. [...] Isso nos remete ao terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social (MARTINELLI, 1999, p. 22-23).

Através da abordagem qualitativa, viabiliza-se a aproximação com a dimensão da realidade social concreta na sua totalidade histórica, nas expressões humanas constantes nas estruturas, processos, significados e representações (MINAYO, 1998). O ser social é concebido como sujeito privilegiado do processo de construção da realidade social, cujos aspectos integrantes somente podem ser compreendidos partindo-se do significado que o próprio sujeito atribui às situações por ele vivenciadas. Gaskell (2004, p. 68), afirma que a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas “[...] explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” [...]. O contato direto entre pesquisador e sujeitos pesquisados constituiu a estratégia de aproximação do real utilizada na pesquisa.

A partir desses pressupostos viabilizou-se o processo de análise das configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), atentando-se às percepções acerca das atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho nesse espaço sócio-ocupacional dadas pelos próprios sujeitos, cuja compreensão foi mediada pelo referencial teórico-epistemológico materialista histórico dialético de inspiração marxiana, categorias do método e categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade.

### 3.3 MÉTODO E CATEGORIAS

O diferencial da pesquisa científica daquela de senso comum, é a profundidade com que a primeira trata o tema em estudo, o uso de critérios de cientificidade, a apropriação e utilização de métodos científicos (PRATES, 2004). O método não é exclusividade da ciência, entretanto, a ciência não existe sem a utilização de métodos científicos. Para Marconi e Lakatos (2005, p. 83), o método se refere ao “conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objeto [...], traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.” Sua escolha deve estar atrelada aos objetivos que o pesquisador se propõe a alcançar através da intervenção numa dada realidade social.

Apreender a realidade social nessa intervenção no real implica na opção por um método que possa tratar do ser social na sua totalidade histórica, desvendando as suas contradições dadas pelas correlações de forças que se inter-relacionam no cotidiano da vida social, processos sociais historicamente dinâmicos e contraditórios. De acordo com Lefebvre (1991, p. 174), “[...] se o real está em movimento, então, que nosso pensamento também se ponha em movimento e seja pensamento desse movimento. Se o real é contraditório, então que o pensamento seja pensamento consciente da contradição.”

O estudo está fundamentado na teoria e no método materialista histórico dialético de inspiração marxiana, pela compreensão de que este tem a transformação do real como finalidade. Gil (1997, p. 64), refere que o método dialético “[...] é antes de tudo um método histórico que ressalta a necessidade de investigar como as esferas produtivas e as relações que elas condicionam determinam a história da sociedade humana”. A dialética compreende o mundo como um complexo de processos, um devir, onde as coisas nunca são acabadas, mas sempre em vias de transformação. Por isso, dirige-se à gênese do fenômeno, buscando desvendar os processos que a constituem. Para Kosik (1989, p. 09), a dialética trata “[...] da ‘coisa em si’. Mas a coisa em si, não se manifesta imediatamente ao homem.” Seu objetivo é apreender a essência dos fenômenos através da relação entre aparência e essência, entendendo que constituem objetos em movimento e que o fim de um processo é sempre o começo de outro.

O método materialista histórico dialético apresenta grandes leis e, com efeito, representa “o universal concreto. Fornece leis que são supremamente objetivas, sendo ao mesmo tempo leis do real, isto é, leis de todo o movimento, tanto no real quanto no pensamento (LEFEBVRE, 1991, p. 237). Constituem leis que regem este método: a) lei da interação universal: pressupõe conexão, nada é isolado, tudo conserva cada fenômeno no conjunto de suas relações com os demais; b) lei do movimento universal: busca o movimento profundo, essencial, ocultado pela superficialidade; c) lei da unidade dos contraditórios: a dialética é uma inclusão concreta dos contraditórios e, ao mesmo tempo, uma exclusão ativa, por isso, busca captar a ligação, a unidade e o movimento que os engendra; d) lei dos saltos ou de transformação da quantidade em qualidade: grande lei da ação que implica, simultaneamente a continuidade do movimento profundo, e a descontinuidade caracterizada pelo fim do antigo e o aparecimento do novo; e) lei da superação ou



do desenvolvimento em espiral: revela o movimento em espiral, retorno do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, elevando-o à superação dos seus limites (LEFEBVRE, 1991).

As categorias do método materialista histórico dialético “[...] exigências internas do pensamento” (LEFEBVRE, 1991, p. 178), que orientaram a pesquisa foram: a historicidade, a totalidade, a contradição e a mediação, salientando-se a sua transversalidade em todas as etapas do processo investigativo. Triviños (1987, p. 55), caracteriza as categorias como “formas de conscientização nos conceitos dos modos universais da relação do homem com o mundo, a sociedade e o pensamento”. Assim como pressupõe o movimento dialético em Marx, as categorias são formadas a partir do desenvolvimento histórico do conhecimento e da prática social. Para analisar a realidade de forma dialética, segundo Prates (2003, p. 203), “[...] não há como separar as categorias contradição, totalidade e historicidade, pois estão imbricadas. Essas categorias não se constituem apenas em elementos para realizar a análise do real, mas são parte do próprio real”. No decorrer do processo investigativo, aparecem sempre novas categorias e seu conteúdo muda e enriquece com o progresso do próprio conhecimento do movimento objetivado. Tratá-las isoladamente é, portanto, privá-las de sua relação inclusiva.

A historicidade exprime provisoriedade processual, situação de transição, processo inacabado e inacabável de construção dos sujeitos, fenômenos e processos sociais, nos quais se permite sempre aperfeiçoamentos e superações. Prates (2005, p. 142), infere que essa categoria reconhece “[...] que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos.” Da mesma forma que tudo o que é natural deve ter a sua origem, também o homem “[...] tem o seu processo de gênese, a história, que, no entanto para ele constitui um processo consciente e que assim, como ato de origem com consciência, se transcende a si próprio. A história é a verdadeira história natural do homem” (MARX, 2003, p. 183).

A totalidade se refere ao todo articulado, conectado, onde a problematização e explicação de um objeto ou fenômeno social depende das determinações das partes sobre o todo e do todo sobre as partes. O pensamento é e só pode ser “[...] relação com o real e com as suas próprias etapas percorridas: pensamento da relação e relações descobertas e, depois, pensadas” (LEFEBVRE, 1991, p. 178).

Pressupõe não a simples soma de fatos isolados, mas a interconexão entre eles, visto que sua compreensão significa “[...] não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo” (KOSIK, 1989, p. 189), mas também que “[...] o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes” (KOSIK, 1989, p. 189). Conhecer a realidade social implica percorrer um processo espiral de elucidação de conceitos, da parte para o todo e do todo para a parte. O sujeito que conhece o mundo é sujeito social e a atividade realizada para conhecê-lo é a práxis do sujeito social, enquanto prática com direção social e clareza de teleologia. Segundo Marx (1982a, p. 71), “a vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que seduzem a teoria para o misticismo encontram a sua solução racional na práxis humana e no compreender desta práxis.”

A contradição constitui oposição inclusiva, porque seu termo pressupõe existencialmente o seu oposto. Tanto no interior do ser, quanto entre ser e pensamento as contradições podem ser consistentemente descritas e cientificamente explicadas. O conhecimento da realidade social precisa, primordialmente, considerar as contradições que influenciam na sua construção e que nela são produzidas, para posteriormente descobrir suas determinações sobre dado sujeito, objeto ou fenômeno social que se pretenda estudar. Mais do que exclusão, a contradição se refere a uma negação inclusiva, posto que, supõe um movimento onde um contrário precisa negar o seu oposto para então poder superá-lo. Lefebvre (1991, p. 192), menciona que o “a contradição dialética não é apenas contradição externa (exterioridade dos termos contraditórios), mas unidade das contradições, identidade.”

A mediação “[...] procura apreender o fenômeno na articulação de relações com os demais fenômenos e no conjunto das manifestações daquela realidade da qual ele faz parte, seja como fenômeno essencial ou não” (PRATES, 2005, p. 138). É através da mediação que se torna possível atingir a realidade social, desvendando suas contradições, nexos, processos e determinações. Em seus estudos sobre mediação e Serviço Social, Pontes (1995, p. 177), postula que este se trata de um “[...] articulador e potencializador de mediações”. Em poucas palavras, o assistente social atua nos sistemas de mediações das expressões da questão social, constitutivas das demandas sociais que se apresentam no cotidiano de trabalho nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se insere.

Além do método e das suas categorias, utilizou-se no processo investigativo como categorias temáticas ou explicativas da realidade: processo de trabalho, saúde coletiva e direito à saúde e como subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: atribuições privativas, competências, atenção básica e modelo de atenção, explicitadas no decorrer dessa dissertação de Mestrado em Serviço Social e implícitas na aproximação com o objeto de estudo em todas as etapas do processo investigativo. De forma concisa, a título de ilustração das referidas categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade, pode-se compreendê-las a partir da síntese dos seguintes elementos:

a) Processo de trabalho: trabalho (produz resultados) – objeto sobre o qual incide a ação – meios ou instrumentais.

b) Saúde coletiva: saberes e práticas distintos – necessidades sociais de saúde – processo saúde/doença/intervenção – dimensão coletiva.

c) Direito à saúde: direito de todos e dever do Estado – fatores determinantes e condicionantes.

d) Atribuições privativas: prerrogativa.

e) Competências: capacidade de resolutividade.

f) Atenção básica: via preferencial de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) – ações individuais e coletivas – dimensões de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde.

g) Modelo de atenção: lógica que orienta a ação – modo de planejamento e organização dos saberes e instrumentos.

### 3.4 UNIVERSO DA PESQUISA E PROCESSO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O universo da pesquisa se refere aos profissionais assistentes sociais que durante o ano de 2007 trabalharam em unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Marconi e Lakatos (2005, p. 225), afirmam que o universo ou população de uma pesquisa consiste num “[...] conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.” A partir de subsídios da Assessoria Técnica da Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde (CGADSS), foram identificados setenta e cinco (75) assistentes sociais que trabalharam em serviços de gestão e atenção em

saúde no período supracitado, sob a responsabilidade da Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde (CGRABS), órgão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre (RS) responsável pela gerência da rede de atenção básica (PROCESSAMENTO..., 2008).

Para a seleção dos sujeitos definiu-se, a priori, a utilização de uma amostra não-probabilista intencional composta de quinze (15) sujeitos do universo da pesquisa (GASKELL, 2004). Conforme Marconi e Lakatos (2002, p. 51-52), a amostra não probabilista tem como característica principal o fato de que “[...] não fazendo uso de formas aleatórias de seleção, torna-se impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para o cálculo” [...]. O caráter intencional da escolha dessa amostra reside no aspecto de que “[...] o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 52).

Para qualificar a amostra e garantir maior heterogeneidade dos sujeitos da pesquisa, estabeleceram-se como critérios de inclusão e/ou exclusão: a) inserção de no mínimo um ano no respectivo serviço de saúde; b) seleção de apenas um profissional por serviço de saúde; e, c) manifestação de disponibilidade do profissional para participar da pesquisa. O planejamento também previa o movimento de privilegiamento da participação de profissionais provenientes das oito (08) gerências distritais de saúde do município de Porto Alegre (RS), quais sejam: Centro, Leste/Nordeste, Sul/Centro Sul, Glória/Cruzeiro/Cristal, Norte/Eixo Baltazar, Partenon/Lomba do Pinheiro, Noroeste/Humaitá/Ilhas e Restinga/Extremo Sul.

Entretanto, a realidade encontrada pela pesquisa se comportou de maneira adversa àquilo que havia sido previsto no seu planejamento. Na ocasião do início da coleta de dados empíricos, através de contatos telefônicos e visitas institucionais às unidades da atenção básica em saúde do município de Porto Alegre (RS), constatou-se que a estrutura apresentada no organograma oficial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não correspondia às configurações da realidade (PROCESSAMENTO..., 2008). Aspectos como a incompatibilidade do profissional identificado no organograma oficial com o inserido no respectivo serviço de saúde, a classificação equivocada do nível de atenção do serviço de saúde e a possível rotatividade de profissionais entre os espaços de atenção e gestão em saúde, implicaram na redefinição da amostra da pesquisa.

O levantamento com base na caracterização do espaço sócio-ocupacional de inserção profissional fundamentou o processo de seleção dos sujeitos da pesquisa: doze (12) assistentes sociais que durante o ano de 2007 trabalharam em unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), no território de abrangência das gerências distritais Noroeste/Humaitá/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo Sul e Sul/Centro Sul. Segundo Gaskell (2004, p. 71), “[...] há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar [na pesquisa qualitativa]. Para cada pesquisador, este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas individuais [...]” Devido às condições explicitadas, além da limitação do tempo disponível para a realização da pesquisa, não foi possível contemplar essa orientação. Contudo, ratifica-se a importância atribuída por Martinelli (1999) ao significado das informações prestadas pelos sujeitos em função do que se está buscando, muito mais do que ao número de pessoas que vai prestá-las.

Para fins de análise nessa pesquisa adotou-se como definição de unidades da atenção básica a “estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS [Sistema Único de Saúde]. [...] Prioridade na gestão do sistema, porque quando funciona adequadamente a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde” (BRASIL, 2008a). As unidades da atenção básica podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região, podendo ser: “[...] 1) unidade de saúde da família [...] 2) posto de saúde [...] 3) centro de saúde/unidade básica de saúde [...] 4) unidade móvel fluvial [...] 5) unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico [...] 6) unidade mista [...] 7) ambulatórios de unidade hospitalar geral [...]” (BRASIL, 2008a).

Considerando-se que o Serviço Social enquanto área de conhecimento inscrita no campo das ciências sociais aplicadas, assim referidas por se voltarem mais à aplicação prática das teorias sociais (DEMO, 1991), apresenta um compromisso social com a produção teórico-científica orientadora de mudanças na realidade social, reitera-se o compromisso profissional de devolução dos resultados da pesquisa aos sujeitos envolvidos nesse processo. A socialização dos resultados da pesquisa dar-se-á através da defesa pública da dissertação de Mestrado em Serviço Social, publicação parcial e/ou total dos resultados em espaços de comunicação da profissão e demais categorias profissionais e a sua divulgação em eventos científicos.

De acordo com Iamamoto (2003, p. 146), “[...] a consolidação acadêmica da área supõe o reforço da produção acadêmica, do investimento na pesquisa, e estímulos à publicação dos resultados alcançados”. Partindo desse princípio, dispôs-se ao desafio de através do desenvolvimento e socialização dos resultados da pesquisa fornecer subsídios para a apreensão do tema na qualificação do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição para o campo da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se pelo exposto, a possibilidade da pesquisa constituir um recurso importante na explicitação das formas com as quais o trabalho profissional é determinado pela sociabilidade do capital e a potencialidade que dispõe no impulso à luta por direitos sociais e pela democracia em todos os âmbitos da vida social (IAMAMOTO, 2008).

#### **3.4.1 Caracterização Sócio-demográfica, da Formação e da Inserção Sócio-Ocupacional dos Sujeitos da Pesquisa**

Dos doze (12) assistentes sociais selecionados como sujeitos da pesquisa, que durante o ano de 2007 trabalharam em unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), oito (08) efetivamente participaram do processo de coleta de dados empíricos da pesquisa no decorrer do ano de 2008, por meio da utilização de técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, explicitados no próximo item deste capítulo. As quatro (04) abordagens não efetivadas foram motivadas pela recusa de dois (02) dos assistentes sociais, um (01) sujeito não obteve autorização por parte da coordenação da unidade da atenção básica para participar da pesquisa sob a alegação de evitar prejuízos ao atendimento dos usuários e um (01) terceiro foi excluído da seleção por seu espaço sócio-ocupacional caracterizar serviço de média complexidade.

Confirmando a tendência histórica da presença feminina no âmbito da profissão, a totalidade de sujeitos da pesquisa, ou seja, os oito (08) profissionais assistentes sociais pertencem ao sexo feminino. Essa realidade é consonante com a

encontrada na pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil<sup>60</sup>, realizada em 2004 pela entidade representativa da categoria profissional: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e contando com a colaboração dos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) na coleta de dados empíricos, cujos resultados foram publicados em versão virtual em 2005. O estudo evidenciou que “[...] a categoria das (os) assistentes sociais, ainda é predominantemente feminina, contando com apenas 3% de homens” (CONSELHO..., 2005, p. 17), tendo a região sul do país apresentado o menor percentual de profissionais do sexo masculino, apenas 1%.

A faixa etária geral das oito (08) assistentes sociais<sup>61</sup> variou entre 40 e 60 anos de idade. Três (03) profissionais referiram idade entre 45 e 49 anos, tendo este sido o indicador prevalente, duas (02) assistentes sociais estavam na faixa dos 40 a 44 anos, o mesmo número no intervalo entre 50 e 54 anos e uma profissional informou idade igual a 60 anos. Essa informação difere dos resultados encontrados na pesquisa supracitada onde houve prevalência de 68% dos sujeitos com faixa etária entre 25 e 44 anos, seguida do percentual de 25% de profissionais com idade entre 45 e 59 anos de idade (CONSELHO..., 2005), visto que na presente pesquisa não foram identificados sujeitos com idade inferior aos 40 anos. Acredita-se que questões como a transferência das assistentes sociais para serviços especializados, isto é, para os níveis de atenção de média complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) promovida pelas últimas gestões da política de saúde no município de Porto Alegre (RS), aliada à ausência de iniciativas locais de inclusão da categoria profissional em unidades da atenção básica, venham contribuindo para a crescente desinstitucionalização desse espaço sócio-ocupacional do assistente social, aspectos convergentes para a não identificação de profissionais com faixas etárias menores no *locus* de pesquisa.

---

<sup>60</sup> “Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”. Essa pesquisa utilizou uma amostra de 1.049 sujeitos assistentes sociais considerando o número de 61.151 profissionais com registro ativo em 2004 nas vinte e quatro (24) regiões e três (03) delegacias nas quais estão presentes os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) no país e apresentou um nível de confiança de 95% e margem de erro de 3% para mais ou para menos. A iniciativa de realização da pesquisa partiu da emergente decisão política de materializar um investimento que “[...] indiscutivelmente reveste-se de importância e significado para a categoria e as Entidades do Serviço Social” (CONSELHO..., 2005, p. 05), contemplando-se informações sobre o perfil geral do assistente social, relações de trabalho, conhecimento da legislação profissional e participação política.

<sup>61</sup> Para valorizar o dado apontado acerca da presença feminina no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), doravante, a referência aos sujeitos da pesquisa preconizará a utilização de pronomes demonstrativos e artigos com a respectiva

Esse movimento além de ir de encontro aos fundamentos de privilegiamento da atenção básica como forma de acesso ao sistema de saúde, de trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, de fortalecimento das relações de vínculo usuários-equipes em território adscrito, dentre outros, dispostos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b), compromete a meta de integralidade discursada nas mais recentes proposições do Ministério da Saúde (MS) para as ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular na atenção básica. Dita contradição foi evidenciada na comunicação de duas (02) das oito (08) assistentes sociais:

[...] São [somos] poucas. Hoje existe toda uma proposta na política de que [...] na Prefeitura de achar que não precisa de assistentes sociais nas unidades, que o enfermeiro dá conta do trabalho ou que os outros profissionais que tão aí dão conta dessa questão da demanda social, que no [Programa Saúde da Família] PSF não precisa de assistente social e os agentes de saúde e os enfermeiros dão conta disso. Então em função disso foi retirada a maioria das assistentes sociais e foram colocadas em equipes mais especializadas. [...] Convites e pressão pra gente ir, principalmente pra equipe de saúde mental foi muito grande. Eu diria que isso vem desde 2000. [...] Talvez um pouco antes. 1997/1998. Acho que [há] uns 10 anos. Também fazia um bom tempo que não tinha concurso [...] (AS C, 2008).

[...] Hoje são raras as assistentes sociais em unidades básicas porque não sei. É uma questão política, foram tiradas as assistentes sociais das unidades básicas, foram colocadas em equipes de saúde mental principalmente. Eu mesma trabalhei anos em saúde mental e são raras, são pouquíssimas ainda as que têm em unidades [...] (AS D, 2008).

O detalhamento proporcionado pelas profissionais com relação ao movimento ocorrido no âmbito da gestão municipal da política de saúde ilustra o processo de expansão do Programa Saúde da Família (PSF), como proposta de organização da atenção básica em compasso àquela preconizada inicialmente pela instância federal e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. O período referenciado por uma delas, fins da década de 90 do século XX, trata-se do contexto de consolidação da fusão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o Programa Saúde da Família (PSF), da qual a estratégia Saúde da Família é produto. Compatibilizados os programas, o trabalho dos agentes comunitários de saúde soma-se aos processos de trabalho da equipe de composição mínima formada por “[...] um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e até seis agentes comunitários” (BRASIL, 2000, p. 09). Desprovida de reconhecimento por



parte do gestor federal, a inserção do assistente social na conformação dessa composição mínima de Equipes da Saúde da Família (ESF), desde então, está à mercê da iniciativa dos gestores municipais.

Essa década foi marcada pelo avanço do processo de descentralização e municipalização do setor saúde no Brasil, na qual a esfera municipal “[...] ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde” (BODSTEIN, 2002, p. 402). De fato, a grande maioria dos municípios brasileiros assume a partir de 1998 a responsabilidade pela implementação da agenda setorial, em conformidade com os pressupostos da política econômica de cunho neoliberal e globalizante que arrebatou, em grande parte, os avanços da proteção social conquistados na década anterior.

Geertz (2001) alerta para a necessidade de que, além desses elementos, a compreensão geral do processo de municipalização e descentralização da saúde deve considerar a análise da diversidade de situações e contextos locais. Contraditoriamente à realidade atual, os antecedentes históricos locais apontam para a presença de profissionais assistentes sociais em diversas unidades de atenção básica em saúde e ao crescente desmonte desse espaço sócio-ocupacional. De acordo com o que postulam Rezende; Trindade (2003, p. 118), a centralidade da organização da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) está “[...] na capacidade efetiva do gestor de saúde de mudar o enfoque centrado no atendimento ao indivíduo, para a atenção à saúde coletiva [...]”. Ao não investir na criação de equipes com maior abrangência multiprofissional, voltadas para o rol de ações próprias da atenção básica em saúde e privilegiar a composição mínima, observa-se que as mudanças promovidas no âmbito do sistema local coibiram as possíveis contribuições dessa estratégia para o reconhecimento das necessidades sociais de saúde, elemento convergente entre o objeto do campo da saúde coletiva e as expressões do objeto de intervenção profissional do assistente social. A valorização desse tipo de estrutura remonta à reforma flexneriana (BRASIL, 2003a) de reforço à fragmentação e especialização, contribuindo para a formação de lacunas no trabalho e obstaculizando a efetivação de uma perspectiva de atenção interdisciplinar.

No pertencimento étnico-racial prevaleceram os sujeitos brancos, posto que cinco (05) das oito (08) assistentes sociais auto-referenciaram a raça/etnia branca,

uma (01) assistente social não respondeu esse item, uma (01) se auto-declarou “brasileira” e a outra “mestiça”. Em que pese à diversidade de variáveis étnico-raciais referenciadas pelos sujeitos da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) conforme dados referenciados anteriormente, observou-se sintonia entre os achados de ambos os estudos, tanto em relação ao percentual majoritário de auto-declarações étnico-raciais brancas no contexto nacional, quanto dos dados específicos da região sul do país, que liderou o índice de pertença branca em seus significativos 93,23%. Não houve declaração de pertença ao grupo étnico-racial preto (a)/negro (a) na presente pesquisa e os índices desse pertencimento na pesquisa nacional foram maiores no Norte (37,50%) e no Nordeste (32,88%), sendo que as demais categorias não tiveram percentuais significativos (CONSELHO..., 2005). De maneira semelhante, a situação conjugal das oito (08) assistentes sociais: três (03) casadas e três (03) solteiras equiparou-se ao resultado equilibrado de 53% e 47%, respectivamente da pesquisa no âmbito nacional. As outras duas (02) assistentes sociais informaram situação conjugal de divórcio.

No que diz respeito às características da formação das oito (08) assistentes sociais pesquisadas, quatro (04) profissionais cursaram a graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), duas (02) na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), uma (01) na Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) e a outra na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). A grande maioria delas, isto é, seis (06) profissionais realizaram sua formação no período de vigência da proposta curricular aprovada no ano 1982<sup>62</sup>, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), através do Parecer 197/80. O eixo norteador da formação em Serviço Social orientada pela proposta curricular de 1982 estava centrado na teoria e metodologia “[...] pelo entendimento de que é pelo conhecimento das teorias sociais e de seus respectivos métodos que será construída a prática do Serviço Social” (MACIEL, 2006, p. 97). Dessa forma, pressupunha a contemplação de conhecimentos básicos acerca do contexto social, institucional e da clientela da profissão, complementados por conhecimentos profissionalizantes de estudo do objeto, objetivos, habilidades e estratégias de ação (MACIEL, 2006). Das seis (06) assistentes sociais que se graduaram na vigência

---

<sup>62</sup> Em 1961 a Lei n. 4.024 fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em cujo artigo 9º foi atribuída ao Conselho Federal de Educação (CFE) “[...] a competência para ‘indicar disciplinas

desse currículo, cinco (05) delas realizaram cursos de formação complementar, cuja ênfase se deu de acordo com a síntese apresentada na Tabela 1.

<b>Tipo de curso/Quantidade</b>	<b>Área temática</b>	<b>Mais recente</b>
Pós-Graduação <i>lato</i> <sup>63</sup> <i>sensu</i> (02)	Saúde Pública e Psicoses	1997
Pós-Graduação <i>lato sensu</i> (01)	Metodologias do Serviço Social	1994
Pós-Graduação <i>lato sensu</i> (03)	Administração e Planejamento, Saúde Comunitária e Saúde Pública	1990
Não realizou	-	-
Pós-Graduação <i>stricto</i> <sup>64</sup> <i>sensu</i> (02)	Serviço Social e Educação	Não informou
Pós-Graduação <i>lato sensu</i> (01)	Terapia de família	Não informou

Tabela 1 – Cursos de formação complementar das assistentes sociais graduadas na vigência do currículo de 1982.

Fonte: A Autora (2008).

Apenas uma (01) das profissionais formadas sob a orientação dessa proposta curricular não realizou cursos de formação complementar. As informações confirmam que houve investimento em educação em saúde, privilegiando-se a busca de conhecimentos sobre elementos que dizem respeito à saúde coletiva por parte das profissionais inseridas na atenção básica (saúde pública, saúde comunitária, administração e planejamento), processo que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre “[...] por meio da escolarização formal, de vivências diversas, de experiências laborais ou, ainda, de participações em atividades institucionais ou não” (BRASIL, 2008a). Embora nenhuma delas tenha realizado cursos de pós-graduação recentemente, houve unanimidade na referência à participação em atividades do setor saúde em espaços institucionais ou que digam respeito à atualização em políticas intersetoriais ou temas transversais ao processo de trabalho em saúde e, particularmente, ao âmbito da atenção básica e ao campo da saúde coletiva. A educação em saúde se refere não apenas àquela proveniente dos espaços educacionais tradicionais, mas a todo conhecimento produzido no próprio espaço sócio-ocupacional, no âmbito da reprodução do processo de trabalho cotidiano.

---

obrigatórias para os sistemas de ensino médio e estabelecer a duração e o currículo mínimo dos cursos de ensino superior [...]” (BRASIL, 2001).

<sup>63</sup> Em nível de especialização.

<sup>64</sup> Mestrado e doutorado.

As outras duas (02) das oito (08) assistentes sociais cursaram graduação em Serviço Social no período em que os cursos de formação com base no currículo de 1982 transitavam para as Diretrizes Curriculares de 1996. A partir dessa formulação, os cursos de Serviço Social passaram a contemplar três grandes núcleos temáticos de fundamentação: teórico-metodológicos da vida social, formação sócio-histórica da sociedade brasileira e trabalho profissional, reconhecendo o Serviço Social como trabalho e partícipe de um processo de trabalho, elevando o significado social da profissão e inserindo-a no contexto do assalariamento, por meio de um processo social que objetiva o alcance de um produto concreto (ASSOCIAÇÃO..., 1996).

Embora realizados em um contexto de aproximação à teoria social com base em Marx, percebe-se que os cursos de formação complementar das duas (02) últimas assistentes sociais pesquisadas, graduadas na transição para as Diretrizes Curriculares de 1996, reatualizam aspectos fundamentadores da formação em currículos anteriores, dado que realizaram cursos de pós-graduação *lato sensu* em Terapia de Casal e Família, ratificando a hegemonia e não homogeneidade da teoria e método materialista histórico dialético no âmbito da profissão. Esse elemento exemplifica o caráter contraditório do Serviço Social, mas que não deriva dele mesmo, posto que a profissão apresenta uma dimensão política e está imbricada nas relações sociais que presidem a sociedade capitalista, na qual, “[...] inscreve-se em um campo minado por interesses sociais antagônicos, isto é, interesses de classes distintos e em luta na sociedade” (IAMAMOTO, 2001, p. 54).

Por outro lado, diferentemente do contexto sócio-histórico de formação das demais profissionais, pode-se inferir que o contexto político e econômico de formação dessas últimas assistentes sociais tem enfatizado a educação continuada como uma tendência no campo do mercado de trabalho competitivo, elemento consonante às transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho. Convém ressaltar que, a ampliação dos índices educacionais também tem sido um dos aspectos a serem melhorados nos países subdesenvolvidos, a exemplo do Brasil, sob pena de cancelamento dos investimentos financeiros por parte dos organismos internacionais, fato que tem contribuído para a proliferação de cursos de graduação tecnológica, de educação à distância, de redução do tempo da formação, entre outras modalidades de ensino superior<sup>65</sup> e resultado, por vezes, no que Cardoso

---

<sup>65</sup> Para aprofundamento dessa temática no âmbito do Serviço Social, sugere-se consultar Maciel (2006).

(2001) caracterizou de “mercantilização da educação”. Para Jamur (2000) em nome de uma pseudo-democratização do acesso à educação tem se transformado a certificação em mercadoria de oferta elevada, mas de pouco valor real em termos de qualificação no mercado.

A classificação do tipo de unidade da atenção básica às quais estavam vinculadas as assistentes sociais pesquisadas apresentou três indicadores: a- Unidade Básica de Saúde (UBS) (cinco – 05 profissionais), b- Ambulatório Básico (uma – 01 profissional), c- Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA)<sup>66</sup> (dois – 02 profissionais), distribuídos heterogeneamente em cinco das oito gerências distritais de saúde do município de Porto Alegre (RS), quais sejam: Noroeste/Humaitá/Ilhas (uma – 01 profissional); Norte/Eixo Baltazar (uma – 01 profissional), Partenon/Lomba do Pinheiro (três – 03 profissionais), Restinga/Extremo Sul (duas – 02 profissionais), Sul/Centro Sul (uma – 01 profissional). Não foram localizados sujeitos nas gerências distritais de saúde das regiões: Centro, Leste/Nordeste e Glória/Cruzeiro/Cristal. As unidades em que foram encontradas as assistentes sociais pertencem à classificação:

▪ **Centro de saúde/Unidade básica de saúde:** “unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior [...]” (BRASIL, 2008a). Pressupõe a assistência permanente prestada por médico generalista ou especialista (s) nessas áreas, podendo ou não oferecer Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e pronto-atendimento vinte e quatro (24) horas. De acordo com essa caracterização e as observações realizadas no *locus* de pesquisa, todas as unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) que foram pesquisadas: as cinco (05) Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Ambulatório Básico e os dois (02) Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), constituem serviços dessa natureza.

A totalidade de assistentes sociais integrava equipes multiprofissionais cuja composição contemplou onze (11) das quatorze (14) áreas reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) como categorias profissionais de saúde de nível superior (BRASIL, 1998), quais sejam: profissionais de educação física, enfermeiros,

---

<sup>66</sup> O Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) é um serviço criado pelo município de Porto Alegre (RS) no Estado do Rio Grande do Sul (RS), que desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança e do adolescente inseridos na rede escolar

farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos (de várias especialidades), nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O trabalho em equipe multiprofissional, nesse contexto, compreende “[...] modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZI, 2001, p. 108), na saúde coletiva no âmbito da atenção básica.

O tempo de inserção profissional das oito (08) assistentes sociais nas respectivas unidades da atenção básica em saúde variou de seis (06) a vinte e seis (26) anos, sendo que a maioria delas, ou seja, cinco (05) integravam a equipe multiprofissional há mais de treze (13) anos. Esse resultado foi considerado positivo à medida que interfere na qualificação da atenção e do modelo de atenção em saúde prestados, visto que “o vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1487). O estabelecimento do vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações desenvolvidas e favorece a sua participação na prestação dos atendimentos (CAMPOS, 1997). Por outro lado, reatualiza a discussão sobre a falta de promoção de concurso público e/ou outras formas de contratação de assistentes sociais para atuar na atenção básica por parte das últimas gestões da política de saúde no município de Porto Alegre (RS) e o consequente desmonte desse espaço sócio-ocupacional, o que pode ter influenciado o indicador de faixa etária dos profissionais pesquisados.

No que diz respeito às relações trabalhistas, seis (06) das oito (08) assistentes sociais ingressaram nas unidades da atenção básica através de concurso público e duas (02) eram celetistas. Registre-se que estas últimas estavam vinculadas às respectivas unidades da atenção básica há dezesseis (16) e vinte e seis (26) anos respectivamente, evidenciando uma forma de contratação extinta no âmbito da gestão municipal e estadual de saúde. Enquanto a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)<sup>67</sup> respeita às garantias e direitos mínimos por si estabelecidos, o regime celetista apresenta natureza ‘institucional’, estando por tanto seus trabalhadores passíveis de relações de trabalho baseadas no disciplinamento entre entes estatais e servidores.

---

(PREFEITURA..., 2008).

<sup>67</sup> Aprovada pelo Decreto Lei n. 5.452/1943, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em agosto de 1943.

Com relação à origem do vínculo empregatício verificou-se que quatro (04) das oito (08) profissionais ingressaram pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) direcionadas desde o princípio para atuarem na atenção básica e as outras quatro (04) profissionais migraram posteriormente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) (três – 03) e Ministério da Saúde (MS) (uma – 01), respectivamente. Discutindo sobre aspectos relevantes da profissão na década de 1980, Faleiros (2000) cita a pesquisa realizada pela Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Sociais (CENEAS) em 1982, que apontou que 62% dos assistentes sociais estavam vinculados ao setor público governamental, dos quais apenas 14,4% em nível municipal. Recorrendo novamente aos dados da pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no país, realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), observa-se que no ano de 2004, 78,16% dos profissionais estavam inseridos em espaços sócio-ocupacionais de origem pública governamental e destes 40,97%, ou seja, a maioria em nível municipal. Em que pese à também tendência histórica de inserção do Serviço Social em serviços de natureza público-governamental, o progressivo crescimento do percentual de ingressos no âmbito municipal e o número mais expressivo (quatro – 04) dos (oito – 08) sujeitos da presente pesquisa terem ingressado na atenção básica por essa via, convém reforçar-se as dificuldades encontradas para localizar assistentes sociais vinculados à atenção básica em saúde, instância de gestão municipal público-governamental *locus* da pesquisa.

A carga horária de trabalho apresentou variação entre vinte e seis (26) e quarenta (40) horas semanais e a remuneração pelo trabalho ficou situada entre os R\$ 2.500,00 e R\$ 5.800,00, tendo sido constatada relação da base salarial com a esfera pública que originou a contratação e o tempo de vinculação à unidade da atenção básica em saúde. Para fins de observação da totalidade das informações referentes às relações de trabalho das assistentes sociais, as mesmas foram agregadas na Tabela 2.

<b>Origem</b>	<b>Anos no serviço</b>	<b>Contrato</b>	<b>C/H semanal</b>	<b>Base salarial/R\$</b>
PMPA	06	Concursado	40	3.500,00
PMPA	16	Celetista	32	4.500,00
PMPA	17	Concursado	40	4.000,00
MS	10	Concursado	36	5.500,00
SES	26	Celetista	30	5.800,00
SES	06	Concursado	26	2.500,00
SES	14	Concursado	32	Não informou
PMPA	13	Concursado	32	Não informou

Tabela 2 – Relações de trabalho dos sujeitos da pesquisa no ano de 2007.

Fonte: A Autora (2008).

Com exceção de uma (01) assistente social, todas as demais foram contratadas para o exercício da profissão. No caso específico, a assistente social estava vinculada ao nível municipal como assistente social há dez (10) anos, entretanto fora concursada para atuação em função administrativa nessa instituição e em razão da conclusão do curso de graduação em Serviço Social coincidir com a demanda desse profissional no quadro de trabalhadores da saúde, conseguiu reverter a natureza da sua função. Estas e as demais informações acerca da formação e da relação de trabalho das assistentes sociais ratificam a sua caracterização como “[...] trabalhador que vende a sua força de trabalho especializada para as entidades empregadoras – o Estado, empresas privadas, entidades filantrópicas e outras organizações em troca de salário” (IAMAMOTO, 1999, p. 114). Portanto, ao reproduzir-se como trabalho especializado socialmente necessário no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço Social participa da produção de valores de uso, ou seja, ações com direção social e teleologia voltada ao atendimento das necessidades sociais de saúde, convergente entre o objeto do campo da saúde coletiva e as expressões do objeto de trabalho profissional.

### 3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Em respeito aos protocolos da Coordenação Geral da Rede de Atenção Básica à Saúde (CGRABS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre (RS), após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (Anexo A), tendo



sido selecionadas as unidades da atenção básica em saúde de origem dos sujeitos da pesquisa, procedeu-se o encaminhamento de cartas de autorização com síntese da proposta de pesquisa aos seus respectivos coordenadores, através de recursos digitais e impressos. Esse processo se fez necessário, visto que, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do município encontrava-se destituído desde o início do ano de 2007 (Anexo B) (DIÁRIO..., 2007).

Somente após o recebimento da autorização dos coordenadores das unidades da atenção básica em saúde, foram contatados os assistentes sociais sujeitos da pesquisa para dar início aos procedimentos necessários à efetivação do processo de coleta de dados empíricos. Anteriormente a isso, estando definidos os tópicos e conteúdos do instrumento de pesquisa, este foi submetido ao pré-teste. Segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 100), o pré-teste serve para verificar se o instrumento apresenta três elementos “fidedignidade – qualquer pessoa que aplique obterá sempre os mesmos resultados; validade – os dados recolhidos são necessários à pesquisa; operatividade – vocabulário acessível e significado claro.” Concluído o pré-teste, revistos os itens considerados insatisfatórios para o alcance dos objetivos propostos e tendo sido contemplados os critérios éticos e os procedimentos exigíveis aos estudos no campo da saúde (BRASIL, 1996b), procedeu-se a coleta de dados empíricos da pesquisa.

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, com a aplicação de instrumento de pesquisa do tipo formulário composto de questões abertas e fechadas (Apêndice A), objetivando a aproximação com o objeto de estudo. Segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 92), a entrevista trata-se de “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.” A opção pela entrevista do tipo semi-estruturada deveu-se ao fato de que esta permite ao entrevistador, além de colocar-se em contato direto com os sujeitos da pesquisa, inserir novas questões ao longo do diálogo, qualificando e adequando esse processo às necessidades de obtenção de dados explicativos da realidade. A utilização dessa técnica de coleta de dados:

[...] Mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator. Este traço da entrevista semi-estruturada, [...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, sua explicação e compreensão de sua totalidade [...] (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

O formulário trata-se de um importante instrumento para a pesquisa social, cuja forma de coleta de dados consiste em obter informações em relação direta com o sujeito. Suas qualidades essenciais consistem em “a) adaptação ao objeto de investigação; b) adaptação aos meios que se possui para realizar o trabalho; c) precisão das informações em grau de exatidão suficiente e satisfatório para o objeto proposto” (ANDER-EGG, 1978, p. 125). As questões abertas, também conhecidas como livres ou não limitadas são aquelas que “permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria, e emitir opiniões” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 101). As questões fechadas ou dicotômicas, também conhecidas como limitadas ou de alternativas fixas, são aquelas em que “o informante escolhe sua resposta dentre duas opções [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 101). O instrumento de coleta de dados contemplou questões em que os sujeitos da pesquisa puderam escolher dentre as alternativas formuladas e apresentadas pelo pesquisador (fechadas) e outras em que a partir do enunciado da questão lhes foi permitido dissertar livremente (abertas).

As entrevistas foram realizadas nas respectivas unidades da atenção básica em saúde dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa no decorrer do primeiro semestre e parte do segundo semestre do ano de 2008, tiveram duração de aproximadamente uma hora e meia e para fins de registro foram gravadas, mediante autorização e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por entrevistados e autora (Apêndice B), cujo conteúdo previa também cláusula dessa matéria. As informações disponibilizadas através das entrevistas foram complementadas pela técnica de observação assistemática. Conforme Marconi e Lakatos (2002, p. 89), a técnica da observação assistemática ou não estruturada consiste em “[...] recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas”. Esta técnica é comumente empregada em estudos exploratórios e explicativos e não tem planejamento e controle previamente elaborados.

O registro da observação assistemática foi realizado através de anotações em diário de campo, priorizando-se a descrição do cenário do *lócus* de trabalho na ocasião da abordagem dos sujeitos da pesquisa. Triviños (1987, p. 154), afirma que tais anotações consistem em “[...] processo de coleta e análise de informações, isto é, elas compreenderiam descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em

estudo.” Por questões práticas, a exemplo da própria estrutura física do serviço de saúde, o espaço de realização da entrevista nesse contexto e o tempo de permanência no local, houve heterogeneidade na profundidade e produto das observações.

### 3.6 ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em vista analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), a partir das comunicações dos sujeitos em resposta aos questionamentos formulados pela autora, os dados empíricos coletados foram submetidos à análise de conteúdo com base em Bardin (1977), devido ao fato de que esta contempla “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1977, p. 31). De acordo com a própria autora, a análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

A abordagem tem a finalidade de efetuar deduções lógicas e justificadas referentes “à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens)” (BARDIN, 1977, p. 42). Para organizar a análise de conteúdo devem ser contemplados três pólos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material (*codificação e categorização*)<sup>68</sup> e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977). A pré-análise constitui a fase de organização propriamente dita e geralmente “[...] possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 1977, p. 95). Contempla cinco procedimentos metodológicos minuciosamente descritos pela autora, quais sejam: 1) a leitura flutuante, 2) a escolha dos documentos, 3) a formulação das hipóteses e

---

<sup>68</sup> Grifo nosso. Bardin (1977) trata da codificação e categorização no capítulo posterior ao de organização da análise que compreende os três pólos supracitados. Optou-se por inseri-las nesse

dos objetivos, 4) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e 5) a preparação do material (BARDIN, 1977).

Estando concluído o processo de coleta dos dados empíricos, realizou-se a transcrição das entrevistas, cujo material constituiu o *corpus* de análise (BARDIN, 1977). Em que pesem às dificuldades de obtenção do número de sujeitos (15-25) sugerido por Gaskell (2004) o *corpus* de análise representou um volume significativo de dados qualitativos, totalizando cento e quinze (115) páginas de informações transcritas. De posse da transcrição, realizou-se a leitura flutuante, deixando-se invadir pelas impressões e orientações do texto. Anteriormente ao início da análise propriamente dita “o material reunido deve ser preparado. Trata-se de uma preparação material e, eventualmente, de uma preparação formal <edição>” (BARDIN, 1977, p. 100). A transcrição das entrevistas foi feita pela própria autora, demandou um dispêndio de tempo considerável, mas em contrapartida, permitiu a conservação e o aproveitamento máximo das informações transmitidas pelos entrevistados, constituindo-se a partir disso o *corpus* de análise.

O *corpus* de análise foi organizado em mapas descritivos composto por quadros onde as respectivas respostas recebidas dos sujeitos foram ordenadas sequencialmente a cada um dos tópicos do instrumento de pesquisa na forma de indicadores construídos de acordo com as questões norteadoras e os objetivos do estudo. Nesse sentido, os indicadores foram constituídos pelas próprias categorias temáticas ou explicativas da realidade norteadoras do estudo: processo de trabalho, saúde coletiva e direito à saúde, bem como pelas subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: atribuições privativas, competências, atenção básica e modelo de atenção.

No que diz respeito à exploração do material, Bardin (1977, p. 101), afirma consistir essencialmente de “[...] operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 1977, p. 101). Na pesquisa qualitativa essa etapa da análise de conteúdo inclui algumas regras que precisam ser determinadas desde o início da pré-análise, quais sejam: “operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 1977, p. 100).

A codificação corresponde à transformação desenvolvida segundo regras precisas que podendo ser de “[...] recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (BARDIN, 1977, p. 103). Dentre os recortes possíveis para a análise de conteúdo de dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo temática. Conforme Bardin (1977, p. 105), fazer uma análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” Para Minayo (1998, p. 209), uma análise temática consiste em encaminhar “[...] qualitativamente a presença de determinados temas [...]” que denotam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no conteúdo das falas dos sujeitos que as informaram.

A opção pela análise de conteúdo temática fundamentou-se no fato de que o tema “enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas” (BARDIN, 1977, p. 105-106). Fazer uma análise temática pressupõe “descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105). A análise de corte temático partiu da mediação entre a síntese dos elementos constitutivos de cada uma das categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade e a identificação da contemplação desses elementos nas falas dos sujeitos. Entende-se que esse tipo de corte na análise permite sair da aparência e atingir a essência do objeto ou fenômeno social, representando os valores e significados mais subjetivos atribuídos pelos sujeitos aos elementos postos em discussão através de categorias empíricas.

Na exploração do material da pesquisa, a codificação correspondeu ao processo pelo qual os dados brutos (o conteúdo da transcrição de forma íntegra, sem recortes) foram transformados em unidades (temas, ou seja, a afirmação acerca de um assunto transmitida por cada um dos sujeitos de pesquisa) (BARDIN, 1977). Com base nisso, foram estabelecidos os núcleos de sentidos das falas dos sujeitos acerca do tema de pesquisa, procurando identificar as categorias do método e apontar a presença de categorias empíricas. Em seguida, procurou-se agrupar os

temas que se repetiram e identificar a frequência com que tais expressões apareceram nos conteúdos das falas dos sujeitos.

A categorização é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 1977, p. 117). As categorias são “[...] rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo), sob um título genérico, agrupamento este efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p. 117). É um processo estruturalista que comporta duas etapas: “1) o inventário: isolar os elementos; 2) a classificação: repartir os elementos e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens” (BARDIN, 1977, p. 118). O critério de categorização utilizado na preparação do material foi o “semântico” (BARDIN, 1977, p. 117), ou seja, através do agrupamento de todos os temas que significaram elementos semelhantes.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação é o momento em que o pesquisador “[...] tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 1977, p. 101). Para tanto, à luz do referencial teórico-epistemológico materialista histórico dialético, das categorias do método, das categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade e àquelas empíricas identificadas durante a categorização dos dados, nesse contexto, foram procedidas às interpretações e inferências acerca dos achados da pesquisa estabelecendo-se mediações com o intuito de reconstituir o movimento da realidade social.

Para dar visibilidade aos resultados obtidos através do estudo, os dados passíveis de serem organizados quantitativamente foram representados através de figuras, quadros e/ou tabelas “[...] os quais põem em relevo as informações fornecidas pela análise” (BARDIN, 1977, p. 101), e as informações qualitativas foram desdobradas em totalizações provisórias sob a forma de antíteses mediadas por contraprovas históricas, cujo produto será apresentado no capítulo a seguir. Diante disso, materializa-se o compromisso profissional com a socialização dos resultados da pesquisa, atentando-se igualmente aos pressupostos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/1996, na qual se postula o dever ético do pesquisador assegurar aos sujeitos nela envolvidos “[...] os benefícios resultantes do

projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (BRASIL, 1996b).

#### **4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA**

Neste capítulo introduz-se a discussão teórica acerca da centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, o Serviço Social como trabalho especializado e participe do processo de trabalho na saúde coletiva e apresentam-se os principais resultados encontrados no decorrer do processo investigativo, no esforço de construir formulações e sínteses como totalizações provisórias que constituem respostas às questões norteadoras e ao problema de pesquisa que fundamentaram a construção da presente dissertação de Mestrado em Serviço Social. O estudo de caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa fundamentou-se na teoria e no método materialista histórico dialético de inspiração marxiana e nas categorias do método: totalidade, historicidade, contradição e mediação, a partir do estabelecimento de mediações com o intuito de reconstituir o movimento da realidade social. Os sujeitos que protagonizaram esse processo foram as oito (08) assistentes sociais que no ano de 2007 trabalharam em unidades da atenção básica em saúde no município de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), dentre àquelas doze (12) assistentes sociais que preencheram os critérios de inclusão da amostra não-probabilista intencional.

As informações coletadas durante o trabalho de campo por meio da utilização das técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, explicitados no capítulo dedicado à apresentação do percurso metodológico da pesquisa, foram submetidas à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (1977), identificando-se núcleos temáticos e frequências dos temas nas comunicações das assistentes sociais, de acordo com as sínteses das categorias temáticas ou explicativas da realidade: processo de trabalho, saúde coletiva e direito à saúde e das subcategorias temáticas ou explicativas da realidade: atribuições privativas, competências, atenção básica e modelo de atenção.

O objetivo que norteou esse processo foi o de analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva, no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos.



Os aportes teórico-metodológicos utilizados nos capítulos anteriores e os que acompanham esse processo de realização da inferência e da interpretação mediado pela apropriação das categorias e subcategorias temáticas ou explicativas da realidade dão suporte para a discussão e as proposições tecidas.

#### 4.1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA

O século XX constitui importante cenário de transformações políticas, econômicas e sociais cuja compreensão analítica instrumentaliza a discussão acerca da centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea. O modo de produção<sup>69</sup> capitalista<sup>70</sup> compreende a relação social histórica que tem como característica estrutural a relação contraditória e conflitiva entre a burguesia (capitalista detentor da propriedade privada dos meios de produção) e o proletariado (trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho<sup>71</sup> ao capitalista em troca de um salário<sup>72</sup>), cujo objetivo é o de obtenção do lucro<sup>73</sup> por parte do dono do

---

<sup>69</sup> No âmbito das discussões da economia marxista, o modo de produção diz respeito à forma de organização socioeconômica relacionada a determinado estágio de desenvolvimento das forças produtivas e relações de produção.

<sup>70</sup> O capitalismo é composto de cinco (05) fases de evolução histórica discutidas por inúmeros autores com denominações mais ou menos diversificadas, porém compatíveis em sua caracterização, as quais foram estruturadas da seguinte maneira para fins de análise, dado que não são estanques, mas correlacionados no decorrer do processo histórico: 1) Pré-capitalismo: período em que prevalece a economia mercantil e o modo de produção feudal com base nas trocas, no qual os artesãos eram donos das oficinas, ferramentas e matéria-prima; 2) Capitalismo comercial: predomina o trabalho artesão (produtor independente), porém o lucro concentra-se majoritariamente nas mãos dos comerciantes (intermediários) e generaliza-se o trabalho assalariado; 3) Capitalismo industrial: face à Revolução Industrial (RI), o capital passa a ser aplicado nas indústrias e firma-se o trabalho assalariado, sobressaindo a dicotomia entre os detentores dos meios de produção e a classe trabalhadora; 4) Capitalismo financeiro: todas as atividades econômicas passam a ser controladas pelo sistema bancário e demais instituições financeiras; 5) Capitalismo informacional: na fase atual (a partir do último quartel do século XX), permanece o capitalismo industrial e financeiro, entretanto a principal característica é a capacidade de gerar, processar e aplicar a informação de modo eficiente.

<sup>71</sup> O que o trabalhador vende é sua força de trabalho e não diretamente o trabalho em si. Ao vendê-la, o trabalhador cede ao capitalista o direito temporário de dispor da sua força de trabalho. O valor pago pela força de trabalho “[...] se determina pela quantidade de trabalho necessário para produzi-la. A força de trabalho de um homem consiste, pura e simplesmente, na sua individualidade viva” (MARX, 1974, s. p.).

<sup>72</sup> Denominação dada ao preço do trabalho, isto é, a expressão em dinheiro do valor do trabalho (MARX, 1974).

<sup>73</sup> Quando o capitalista vende uma mercadoria pelo seu valor ele o faz para obter lucros, pois “[...] vende não só o que lhe custou um equivalente, como também o que não lhe custou nada, embora haja custado o trabalho do seu operário. O custo da mercadoria para o capitalista e o custo real da mercadoria são coisas inteiramente distintas” (MARX, 1982b, s. p.).

capital, adquirido através da exploração do excedente<sup>74</sup> de trabalho ou mais-valia<sup>75</sup>. Representa uma forma histórica de produção e reprodução social na qual “[...] capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos, um se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b, p. 31). A reprodução do capital pressupõe como parte de si mesma a reprodução do trabalho assalariado e das relações sociais de produção como “[...] vir a ser enquanto totalidade histórica não acabada, em processo de realização” (IAMAMOTO, 2008, p. 48), numa arena de contradições sociais e políticas que cada vez mais carecem de estratégias de superação. Nesse sentido, o processo capitalista de produção expressa:

[...] Uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as idéias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrando o antagonismo que as permeia (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b, p. 30).

O capital constitui uma relação social que orienta a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social, apresentando movimentos cíclicos de crise e reconfiguração ao longo do processo histórico. Considerando-se os movimentos mais contemporâneos no âmbito do modo de produção capitalista, convém destacar as transformações provocadas pela caracterizada crise mundial do capitalismo<sup>76</sup>, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970. Por um lado, a eclosão

<sup>74</sup> Na produção de mercadorias, o capitalista não é movido pelo amor aos valores de uso, mas os produz por constituírem substrato material e detentores de valor de troca. Por isso produz valor de uso que tenha valor de troca, ou seja, uma mercadoria destinada à venda e cujo valor é mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la (a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho), pelos quais antecipou seu capital no mercado (MARX, 1974). Por isso “[...] além de um valor de uso quer produzir mercadoria, além de valor de uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais-valia)” (MARX, 1974, s. p.).

<sup>75</sup> Refere-se ao excedente de trabalho, visto que só é paga “[...] uma parte do trabalho diário do operário, enquanto a outra parte fica sem remuneração, e ainda que este trabalho não remunerado ou sobre-trabalho seja precisamente o fundo de que se forma a mais-valia ou lucro, fica parecendo que todo o trabalho é trabalho pago” (MARX, 1982b, s. p.). A mais-valia se refere à quantidade de prolongamento da jornada de trabalho à qual o trabalhador se submete além do tempo de trabalho necessário para a reposição do seu salário.

<sup>76</sup> Em que pese à opção de análise da crise mais contemporânea do capitalismo convém destacar as crises de 1914 (marcada pelo fim da concorrência perfeita, grande depressão da economia, queda dos preços e dos lucros e eclosão da Primeira Guerra Mundial) e 1929 (caracterizada pela superprodução, incompatibilidade da produção com o valor pago pelos salários, diminuição do mercado consumidor europeu devido à reconstrução dos países no período pós-Primeira Guerra Mundial), ambas ocorridas no século XX, ratificando os movimentos cíclicos de crise e reconfiguração do capital ao longo do processo histórico.

da crise está associada ao esgotamento do referencial fundamentado nas teorias *keynesianas*<sup>77</sup> de formulação das políticas econômicas e sociais, que cedeu espaço à ascensão do neoliberalismo; e paralelamente, pela saturação do modelo de gestão e processo de organização do trabalho de inspiração *taylorista*<sup>78</sup>-*fordista*<sup>79</sup>, que adquiriu características flexíveis impactando em transformações nos processos de gestão e produção. A reestruturação produtiva desponta como condição necessária à retomada do padrão de acumulação capitalista com significativos impactos sobre o mundo do trabalho, reproduzindo-se uma crescente e radical destruição da “[...] resistência operária e sindical, através do desmantelamento, da desintegração, da individualização dos coletivos de trabalhadores, buscando reduzir e limitar, ao mínimo necessário, a socialização do trabalho e a construção de sujeitos coletivos” (DRUCK, 1998, p. 57). Em outras palavras, a reestruturação produtiva representa o reordenamento das condições necessárias à manutenção do modo de produção capitalista, não excluindo as contradições e lutas de classe, sociais e políticas, mas metamorfoseando-as em novos cenários, sob novas formas e novos embates.

O neoliberalismo proporciona à economia a concepção de um novo desenho institucional e político que envolve toda a sociedade, delineando um processo de minimização do caráter interventivo do Estado no que diz respeito à proteção social e efetivação dos direitos sociais; privilegiando crescentemente a lógica do mercado privado; valorizando a individualidade dos sujeitos associada à desmobilização social e política (coletiva e sindical) e nesse ínterim, redesenhando o sentido mesmo de ordem pública e desencadeando transformações de ordem societária. Uma das razões para a sua vitalidade reside no fato de que o desenvolvimento do capitalismo coloca em nível mundial a globalização do capital financeiro, além disso, os interesses dos grandes grupos financeiros internacionais coincidem com a realização das propostas neoliberais (GROS, 2003), viabilizando a vitória ideológica e de reafirmação hegemônica do neoliberalismo de tal modo que esse processo “[...] abafa os ecos dos problemas econômicos” (GROS, 2003, p. 32).

---

<sup>77</sup> Criadas pelo economista britânico John Maynard Keynes (1883-1946), cujos estudos sobre emprego, ciclo econômico e políticas “[...] conduziram a um novo relacionamento, de intervenção, entre Estado e o conjunto das atividades econômicas de um país” (SANDRONI, 2003, p. 323).

<sup>78</sup> Termo utilizado em referência ao engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor, considerado “pai” da Administração Científica e responsável pela criação de um conjunto de teorias para o aumento da produtividade do trabalho fabril (SANDRONI, 2003).

<sup>79</sup> Em referência ao empresário norte-americano Henry Ford, pioneiro da indústria automobilística e “[...] inovador dos processos de produção com a introdução da linha de montagem na fabricação em série de automóveis” (SANDRONI, 2003, p. 249).

Na década posterior à eclosão da crise do capitalismo e como uma das suas mais diretas repercussões, ocorrem profundas transformações no âmbito do mundo do trabalho no que tange às suas formas de inserção na matriz produtiva, de representação sindical e política. Antunes (1998) caracteriza esse processo como o desencadeante da mais aguda crise do século para a classe trabalhadora, posto que atingiu não apenas a sua materialidade, mas também a sua subjetividade. Alves; Antunes (2004, p. 336), utilizam a expressão classe trabalhadora para referirem-se à “[...] totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho – a classe que vive do trabalho [...] e que são despossuídos dos meios de produção.” Ao submeter-se ao modo de produção capitalista, grande parcela da população depende do trabalho para subsistir e para tanto vende sua força de trabalho para os proprietários dos meios de produção (ferramentas, máquinas e matéria-prima) em troca de um salário (MARX, 1982c), característica que lhe impele a denominação de classe trabalhadora e/ou classe que vive do trabalho, responsável exclusiva pela produção de:

[...] Todos os valores. Pois o valor é apenas uma outra expressão para trabalho, aquela expressão pela qual se designa, na sociedade capitalista dos nossos dias, a quantidade de trabalho socialmente necessário incorporada a uma determinada mercadoria (MARX, 1982c, s. p.).

Um grande salto tecnológico marca esse momento histórico. A automação, a robótica e a microeletrônica invadem o âmbito fabril, sendo introduzidas e desenvolvidas nas relações de trabalho e de produção do capital. Dentre as transformações que tiveram maior repercussão no interior do mundo do trabalho, algumas delas em curso no mundo atual, ressaltam-se àquelas que, visivelmente materializaram-se ou vem se materializando enquanto estratégias de reordenamento do processo de trabalho no âmbito do modo de produção pela sua eficácia no que diz respeito à retomada do padrão de acumulação:

Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série são ‘substituídos’ pela flexibilização da produção, ‘especialização flexível’, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado [...]. Ensaiam-se modalidades de desconcentração industrial, buscam-se novos padrões de gestão da força de trabalho [...]. O *toyotismo*<sup>80</sup> penetra, mescla-se ou mesmo substitui

---

<sup>80</sup> Refere-se ao modelo japonês, cuja produção é voltada e conduzida diretamente pela demanda “[...] variada, diversificada e pronta para o consumo (estoque mínimo), aproveitamento do tempo (*just in*

o modelo *fordista* dominante, em várias partes do capitalismo globalizado. Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos no que diz respeito aos direitos do trabalho [...]. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo *taylorista*, pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias (ANTUNES, 1995, p. 16).

Em sua versão contemporânea, o modo de produção capitalista orientado por pressupostos neoliberais é responsável pelo desencadeamento de uma múltipla processualidade no âmbito do mundo do trabalho: de um lado a “[...] desproletarização do trabalho industrial fabril nos países de capitalismo avançado, com maior ou menor repercussão em áreas industrializadas do terceiro mundo” (ANTUNES, 1995, p. 41), ou seja, uma diminuição da classe operária industrial tradicional. Paralelamente, uma “[...] expressiva expansão do trabalho assalariado, a partir da enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços” [...] (ANTUNES, 1995, p. 41), caracterizada pela heterogeneização do trabalho (crescente incorporação do contingente feminino no mercado de trabalho), subproletarização intensificada (expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, precário).

O aspecto mais negativo resultante dessas transformações que sinalizam um processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, trata-se da expansão do desemprego estrutural em escala global que atinge os trabalhadores provenientes dos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, porque o trabalho em si não é desenvolvido “[...] isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 63-64). Nessa reconfiguração da classe trabalhadora, os jovens ao atingirem a idade de ingresso no mercado de trabalho e os trabalhadores com idade próxima ou superior aos quarenta (40) anos de idade<sup>81</sup> considerados “idosos” pelo capital, vivenciam processos excludentes somando-se ao contingente de trabalhadores atingidos pelo desemprego estrutural e

---

*time*), reposição dos produtos conforme posterior a venda (*kanban*). Amplia a capacidade produtiva através da ‘polivalência’ do operário fazendo-o dar conta de mais de uma máquina, bem como possibilita o trabalho em equipe” (ANTUNES, 1998, p. 26-27).

engrossando a camada do lumpen proletariado<sup>82</sup> (MARX; ENGELS, 1999). Com a ampliação do desemprego cresce também o contingente de trabalhadores em condição de informalidade expressando indicadores significativos de “[...] expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informalizado etc. [...]” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 337), ou seja, alternativas crescentemente desregulamentadas a exemplo das distintas formas de terceirização.

Na esteira do modo de produção capitalista observa-se que determinados setores permanecem desproporcionalmente dependentes de formas de utilização da força de trabalho humano e outros em que a força de trabalho humano é intensamente substituída pelo uso de máquinas ou equipamentos modernos, conhecimento técnico e/ou científico. Ao mesmo tempo em que, o trabalho vai sendo substituído pelo que Martins (2002, p. 157), denominou de “[...] meios poupadores de trabalho” o que implica na progressiva mudança na composição orgânica do capital com maior investimento em capital constante em detrimento ao capital variável, isto é, mais intensivo em capital fixo e menos intensivo em força de trabalho humano; surgem o emprego e o desemprego sazonais, as migrações temporárias, o tráfico de mão-de-obra e os problemas sociais decorrentes, tais como, a exploração do trabalho infantil como complemento ao trabalho adulto e familiar, fazendo ressurgir com novas roupagens antigas expressões de exploração da força de trabalho por parte do capital:

[...] Quanto mais cresce o capital produtivo, tanto mais se expandem a divisão do trabalho e o emprego da maquinaria. Quanto mais se expandem a divisão do trabalho e o emprego da maquinaria, tanto mais se expande a concorrência entre os operários, tanto mais se contrai o seu salário (MARX, 1982c, s. p.).

Com base nas tendências em curso no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, constata-se que “[...] quer em direção a uma maior intelectualização do trabalho fabril ou ao incremento do trabalho qualificado, quer em direção à desqualificação ou à subproletarização” (ANTUNES, 1995, p. 75), ambas as constatações não embasam a conclusão pela perda da centralidade da categoria

---

<sup>81</sup> Trabalhadores caracterizados por Antunes; Alves (2004, p. 339), como sendo “[...] herdeiros da ‘cultura fordista’, fortemente especializados, que são substituídos pelo trabalhador ‘polivalente e multifuncional’ da era toyotista.”

<sup>82</sup> Originária da expressão “*lumpenproletariat*” tecida por Marx; Engels (1999) em referência aos sujeitos que se encontram à margem do proletariado, submetidos à miserabilidade humana, componentes do exército industrial de reserva.

trabalho no universo de uma sociedade produtora de mercadorias (ANTUNES, 1995; ANTUNES; 1998; IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b; IAMAMOTO, 2008). Em que pese à redução quantitativa do capital constante em relação ao capital variável, ou dito de outra forma, à ampliação dos fatores objetivos do processo de trabalho em detrimento dos seus fatores subjetivos, não é possível ratificar a eliminação do papel decisivo do trabalho coletivo na produção de valores de troca. A reificação ou coisificação do capital, isto é, a sua associação às coisas materiais (meios de produção), está atrelada à indistinção das formas com que as próprias relações sociais se expressam no âmbito do processo de produção e reprodução do capital<sup>83</sup>, nas quais aparecem mistificadas como relações entre coisas e esvaziadas de historicidade:

O capital se expressa através de mercadorias (meios de produção e de vida) e do dinheiro. Estas formas que o representam são necessárias porque criadas e recriadas no movimento mesmo da produção. Tais formas exteriores são aparências necessárias que fazem parte dos próprios fenômenos, através das quais se manifesta a substância real dos mesmos. Ao mesmo tempo em que as expressam, as encobrem, pois as relações aparecem invertidas naquilo que realmente são: aparecem relações entre mercadorias, embora não sejam mais que expressões de relações entre classes sociais antagônicas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b, p. 31).

Apesar da redução da dimensão quantitativa do trabalho com repercussões qualitativas no âmbito do processo produtivo, a dimensão abstrata do trabalho segue representando papel decisivo na criação de valores de troca. O trabalho concreto, na condição de criador de valores de uso, isto é, o trabalho em sua dimensão qualitativa, constitui uma forma social e histórica específica de trabalho que produz coisas socialmente úteis e necessárias. Distanciando-se do caráter concreto da utilidade desse trabalho, resta-lhe a condição de ser dispêndio de força de trabalho humano em sua dimensão quantitativa, trabalho humano indiferenciado, em geral, socialmente igual e, nesse sentido, abstrato (ANTUNES, 1995; ANTUNES, 1998; IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b; IAMAMOTO, 2008). Abstração situada na “[...] igualação social de diferentes tipos de trabalho, que supõe determinadas relações de produção entre pessoas e somente ele cria o valor” (IAMAMOTO, 2008, p. 61).

---

<sup>83</sup> O processo direto de produção do capital é “[...] seu processo de trabalho e de valorização, que tem por resultado uma mercadoria e cujo móvel é a produção da mais-valia” (IAMAMOTO, 2007, p. 64). O processo de reprodução do capital “[...] abrange tanto esse processo direto de produção, quanto a fase de circulação (compra e venda), isto é, seu ciclo periódico, que se repete sempre de novo e constitui a rotação do capital” (IAMAMOTO, 2008, p. 64).

Com base nisso, pode-se afirmar que todo trabalho humano é constituído por essa dupla dimensão:

[...] Por um lado, dispêndio, no sentido fisiológico, de força humana, e é nesta qualidade de trabalho igual, [abstrato] que ele constitui o valor das mercadorias. Todo o trabalho é, por outro lado, dispêndio da força humana sob esta ou aquela forma produtiva, determinada por um objetivo particular, e é nessa qualidade de trabalho concreto e útil que ele produz valores de uso ou utilidades. Tal como a mercadoria tem, antes de tudo, de ser uma utilidade para ser um valor, assim também o trabalho tem de ser, antes de tudo, útil, para ser considerado dispêndio de força humana, trabalho humano, no sentido abstrato do termo (MARX, 1974, s. p.).

A dimensão do trabalho abstrato subsidia duas correntes de análise que discutem a perda da centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea. A primeira defende o esgotamento do papel estruturante da classe trabalhadora na criação dos valores de troca; e a segunda, critica as formas de estranhamento e fetichização assumidas pela sociedade do trabalho, apontando sua incapacidade de constituir-se meio realizador de uma atividade humana autônoma (ANTUNES, 1995; ANTUNES, 1998). A base analítica dessa última abordagem está respaldada no fato de que a execução do trabalho se apresenta como uma perversão do trabalhador, a objetivação como uma perda e uma servidão ante o objeto e a apropriação do objeto “[...] aparece como alienação a tal ponto que quanto mais objetos o trabalhador produz tanto menos pode possuir e tanto mais fica dominado pelo seu produto, o capital” (MARX, 2007, s. p.). Outra corrente crítica nega o caráter capitalista da sociedade contemporânea recusando em sua grande maioria, a centralidade do trabalho em suas dimensões abstrata e concreta. De acordo com essa perspectiva:

[...] Quer pela sua qualificação como sociedade de serviços, pós-industrial e pós-capitalista, quer pela vigência de uma lógica institucional tripartite, vivenciada pela ação pactuada entre o capital, os trabalhadores e o Estado, essa sociedade contemporânea, menos mercantil e mais contratualista, não mais seria regida centralmente pela lógica do capital, mas pela busca da alteridade dos sujeitos sociais, pela vigência de relações de civilidade fundadas na cidadania, pela expansão de ‘zonas de não-mercadorias’, ou ainda pela disputa dos fundos públicos (ANTUNES, 1998, p. 78).

Com efeito, é necessário compreender que por mais diversificados que sejam os trabalhos úteis ou as atividades produtivas, constituem-se primordialmente de funções fisiológicas, ou seja, atividades do organismo humano que exigem dispêndio



de atividade cerebral, muscular, sensorial, dentre outras, e que concomitantemente, quantidade e qualidade de trabalho são grandezas claramente distintas. Portanto, “[...] desde que os homens trabalham uns para os outros, independentemente da forma como o fazem, o seu trabalho adquire também uma forma social” (MARX, 2007, s. p.), aspectos que ratificam não somente a centralidade do trabalho para a sociabilidade humana, como também a sua imbricação com a dimensão do coletivo. De acordo com Iamamoto (2008, p. 61), na sociedade produtora de mercadorias “[...] o trabalho de produtores independentes só se torna social sob a forma de trabalho abstrato, uma partícula da massa [massa] global de trabalho social homogêneo e impessoal”, posto que somente evidencia-se o vínculo entre os diversos tipos de trabalhos através da transformação do trabalho concreto em abstrato, isto é, na despersonalização e homogeneização do trabalho, em cujo processo “[...] as relações humanas assumem essa forma de relação entre coisas: relações reificadas entre pessoas” (IAMAMOTO, 2008, p. 63).

O processo de alienação do trabalhador em seu produto não se restringe à transformação do seu trabalho em objeto, mas na sua externalização como força estranha e autônoma. O caráter alienante do capital atinge seu ápice na sociedade capitalista contemporânea, na denominada fase de evolução histórica do capitalismo caracterizada como capital financeiro, isto é, que “[...] envolve a fusão do capital bancário e industrial em condições de monopólio capitalista, redundando na concentração da produção e na fusão de bancos com a indústria” (IAMAMOTO, 2008, p. 101). A estrutura desse processo baseia-se no capital que rende juros, “[...] que representa a mera propriedade do capital como meio de apropriar-se do presente e do futuro” (IAMAMOTO, 2008, p. 93), capital dinheiro que numa relação ensimesmada apresenta-se superficialmente como independente da criação de valor, “[...] à margem do processo de produção, apagando o seu caráter antagônico frente ao trabalho” (IAMAMOTO, 2008, p. 93).

No marco da mundialização do capital em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia sob a hegemonia das finanças, o capital assume a sua forma mais mistificada: a de capital fetiche. A relação social do capital passa a consumir-se através da relação do dinheiro sob a forma jurídica do contrato (cuja execução pode ser imposta pelo Estado). Assumindo a versão dinheiro, o capital é emprestado sem haver cedência da propriedade, nem compra ou venda e parte da mais valia (lucro) é retirada da circulação sob a forma de juro distribuído entre

peças diferentes, onde [...] o ‘ganho empresarial’ do capitalista em função aparece sob forma invertida, como decorrente de seu ‘trabalho’ de dirigir o processo de produção e circulação: como ‘salário de superintendência’ (IAMAMOTO, 2008, p. 95). Destarte, as contradições do modo de produção capitalista não se findam, se reconfiguram e metamorfoseiam-se assumindo novas nuances no tecido da realidade social e obscurecendo o seu avesso, que informa o universo do trabalho marcado pelas lutas das classes trabalhadoras que produzem os produtos dos quais não se apropriam, experimentando a radicalização dos processos de exploração e expropriação e exclusão social, em favor de uma política capitalista de orientação neoliberal.

#### 4.1.1 Trabalho e o Serviço Social

Em termos históricos, a preocupação profissional do Serviço Social com a realidade brasileira torna-se central a partir da década 60 do século XX, com o denominado Movimento de Reconceituação<sup>84</sup>, para o qual contribuíram os debates dos seminários de Araxá (1967)<sup>85</sup> e Teresópolis (1970)<sup>86</sup>. A partir do Movimento de Reconceituação<sup>87</sup> se constata uma aproximação com o marxismo e a fenomenologia como pressupostos da formação. Apesar de remeter a profissão à consciência de

---

<sup>84</sup> Conforme refere Netto (2005, p. 09), a Reconceituação do Serviço Social é constituinte do processo internacional ao tradicionalismo profissional, cujo marco inicial foi “[...] o ‘I Seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social’, realizado em maio de 1965 em Porto Alegre [RS], com a presença de 415 participantes do Brasil, Uruguai e Argentina [...]”

<sup>85</sup> Realizado no período de 19 a 26 de março de 1967, na cidade de Araxá no estado de Minas Gerais (MG), contando com a participação de trinta e oito (38) assistentes sociais, abordando o tema “Teorização do Serviço Social.” Esforço de teorização do Serviço Social, percebido como imperativo inadiável da profissão “[...] nesta fase de sua evolução no Brasil. Esse esforço compreenderia a busca de análise e síntese dos seus componentes universais, dos seus elementos de especificidade e de sua adequação ao contexto econômico-social da realidade brasileira” (CENTRO..., 1986, p. 19).

<sup>86</sup> Realizado no período de 10 a 17 de janeiro de 1970, na cidade de Teresópolis no estado do Rio de Janeiro (RJ), contando com a participação de trinta e três (33) assistentes sociais e tendo como tema “Metodologia do Serviço Social.” O evento concentrou-se no estudo de três elementos: 1- fundamentos da metodologia do Serviço Social; 2- concepção científica da prática do Serviço Social; e, 3- aplicação da metodologia do Serviço Social (CENTRO..., 1986).

<sup>87</sup> Ao discutir os quarenta anos de pós-Reconceituação do Serviço Social no contexto latino-americano, Netto (2005) elenca algumas conquistas que marcaram indelevelmente a categoria, integrando-se à dinâmica profissional nesses países: a articulação de uma nova concepção da unidade latino-americana, a explicitação da dimensão política da ação profissional, a interlocução crítica com as ciências sociais e a inauguração do pluralismo profissional. Cabe ressaltar que, esse movimento de ruptura com o tradicionalismo profissional, representa um esforço do Serviço Social em prol da superação da intervenção puramente executiva de políticas sociais. O processo apontou caminhos para a renovação profissional, ao opor resistência a então expressa dicotomia no trabalho de cientistas sociais e assistentes sociais, cujo contexto imputava aos últimos a condição de profissional da prática (NETTO, 2005).

sua inserção numa sociedade de classes, faz-lo em um primeiro momento “[...] como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx” (YAZBEC, 2000, p. 25). Com a aprovação do currículo mínimo pelo Conselho Federal de Educação (CFE)<sup>88</sup> no ano de 1982, ocorre um redimensionamento da formação acadêmica em Serviço Social, rompendo-se com a orientação teórica baseada em pressupostos norte-americanos e as tradicionais abordagens de caso, grupo e comunidade. O currículo valorizava uma pluralidade de elementos a serem contemplados pela profissão, tais como:

[...] Busca pela efetiva capacitação teórica dos profissionais, das estratégias incentivadoras de uma real aliança da profissão com os trabalhadores e do entendimento de que a formação está situada no interior das relações de classe. Portanto, é somente nessa proposta de formação que o Serviço Social vai expressar um entendimento mais claro do seu objeto de trabalho, uma intenção política para sua ação e uma busca por fundamentos teóricos e metodológicos para a sua intervenção (MACIEL, 2006, p. 98).

Em que pesem os avanços da proposta de formação dispostos nesse currículo, na década de 1990 se torna iminente a necessidade de sua reformulação. Dentre outros fatores, a necessidade profissional de formular respostas mais eficazes às demandas sociais contemporâneas e os rebatimentos da lógica neoliberal, fundamentaram a discussão acerca dos desafios impostos ao ensino no âmbito da formação profissional em Serviço Social. Desencadeia-se o processo de revisão curricular promovido pela gestão 1993/1995 da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS)<sup>89</sup>, Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), com apoio da entidade representativa nacional Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e discente, através da Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006).

Para esse processo contribuíram a criação do Código de Ética Profissional de 1986 e as reformulações de 1993, reafirmando o compromisso do projeto profissional com as classes trabalhadoras; a Lei de Regulamentação da Profissão, orientando sobre área e matéria de Serviço Social, suas competências e atribuições privativas; as oficinas promovidas pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço

---

<sup>88</sup> Parecer do Conselho Federal de Educação n. 412, de 04 de agosto de 1982 e Resolução n. 06, de 23 de setembro de 1982 (MENDES, 2004).

<sup>89</sup> Atualmente denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Social em 1995, refletindo acerca da direção e o delineamento do perfil profissional e o VIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), nesse mesmo ano, sobre a defesa da democracia, das políticas públicas e do enfrentamento à investida neoliberal (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006).

O debate coletivo acerca da formação em Serviço Social promovido pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) e o Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), culminou na elaboração do documento intitulado “Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional de 1996: novos subsídios para o debate<sup>90</sup>” (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006) e marca a interlocução com a teoria e o método materialista histórico dialético com fundamentação marxiana, hegemônica<sup>91</sup> no âmbito da profissão. Por recomendação da XXIX Convenção Nacional da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) realizada em novembro de 1995 na cidade de Recife no estado de Pernambuco (PE), o projeto de formação passou a contemplar a organização de três grandes núcleos temáticos de fundamentação orientadores das Diretrizes Curriculares e projeto profissional: 1) teórico-metodológicos da vida social, 2) formação sócio-histórica da sociedade brasileira e 3) trabalho profissional. Para uma melhor sintonia na sua interpretação no âmbito da profissão os mesmos foram caracterizados da seguinte maneira:

**1) Núcleo de fundamentação teórico-histórica das configurações socioeconômicas, culturais, políticas e teóricas do ser social:** responsável por tratar do ser social na sua totalidade histórica, à luz de uma abordagem dialético crítica que não desagrega história, teoria e método, possibilitando a identificação dos elementos que compõem a vida social e que serão particularizados nos outros dois núcleos. Objetiva a compreensão do ser social no processo histórico de constituição e desenvolvimento da sociedade burguesa e da emergência do trabalho como eixo central do processo de reprodução da vida social (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006).

---

<sup>90</sup> Com as alterações da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, foram eliminadas as exigências de currículos mínimos, observância de diretrizes gerais para os currículos de cursos e programas de educação superior e ampliação da duração mínima do ano letivo regular de 180 para 200 dias (BRASIL, 1996).

<sup>91</sup> Mas não homogênea, visto que constitui um dos princípios éticos fundamentais do assistente social a “garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual” (BRASIL, 1993b, p. 03).

**2) Núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira inserida na divisão internacional do trabalho:** responsável pelo conhecimento da constituição econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira e das particularidades da história nacional. Apresenta como objetos de análise o conhecimento sobre: os padrões de produção, a constituição do Estado brasileiro, o significado do Serviço Social nas suas contradições e no confronto de classes, os diferentes projetos políticos existentes na sociedade brasileira, análise conjuntural da sociedade brasileira e o acompanhamento das manifestações da questão social (análise das classes sociais e conhecimento aprofundado das classes subalternas) (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006).

**3) Núcleo de fundamentação do trabalho profissional:** responsável pela compreensão do Serviço Social como uma especialização do trabalho social, inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho. O eixo articulador deste núcleo é perpassado pelas relações Estado, classes sociais e sociedade civil no modo de produção capitalista monopolista (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006). Sob essa perspectiva, o fazer profissional do assistente social é reconhecido como forma de trabalho e partícipe de um processo de trabalho. Portanto, suas especificidades são fundamentadas no âmbito do trabalho social e coletivo associado às demais categorias que participam do processo de trabalho.

A proposta básica para o projeto de formação profissional introduziu dois elementos que balizam a ruptura daquela predominante nos anos 1980, “[...] o primeiro é considerar a questão social como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social e o segundo é apreender a “prática profissional” como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 57). A institucionalização das múltiplas expressões da questão social como objeto de intervenção dessa especialização do trabalho indica a necessidade de aproximação do Serviço Social com a multidimensionalidade constitutiva da realidade brasileira, reafirmando o compromisso ético-político dessa categoria profissional com a leitura crítica da realidade social, bem como com a construção de respostas às essas expressões que se apresentam cotidianamente nos diversos espaços sócio-ocupacionais, sob a forma de demandas sociais particulares ou gerais.

Entender a questão social como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social pressupõe aprofundar a análise das suas dimensões constitutivas, ou seja,

das expressões de desigualdades e resistências sociais engendradas nas relações sociais de classe no âmbito do modo de produção capitalista, em cujo cenário se conformam as contradições históricas entre Estado, sociedade civil, projetos societários e profissionais, correlações de forças individuais e coletivas. Espaço esse que caracteriza concomitantemente, o chão histórico de construção do próprio projeto profissional do Serviço Social. Questão social apreendida como “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2001, p. 27), e que apresenta uma raiz comum “[...] a produção social é cada vez mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2001, p. 27). Ao ser desigualdade a questão social é também resistência, porque envolve sujeitos sociais que ao mesmo tempo em que vivenciam desigualdades, buscam constituir-lhes oposição. No contexto atual de mundialização do capital financeiro despontam entre as expressões da questão social:

[...] O agravamento da exploração e das desigualdades sociais dela indissociáveis, o crescimento de enormes segmentos populacionais excluídos do ‘círculo da civilização’, isto é, dos mercados, uma vez que não conseguem transformar suas necessidades sociais em demandas monetárias. As alternativas que lhes restam, na ótica oficial, são a ‘violência e a solidariedade’ (IAMAMOTO, 2008, p. 123).

O elemento que concebe a prática profissional como trabalho e este inscrito em um processo de trabalho parte do reconhecimento do assistente social como trabalhador assalariado inserido na divisão sócio-técnica do trabalho e, portanto subordinado às injunções decorrentes desse processo. O trabalho como criador de valores de uso, como trabalho útil é “[...] indispensável à existência do homem, – quaisquer que sejam as formas de sociedade, – é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana” (MARX, 1989, p. 50). Esse reconhecimento baliza a apropriação do trabalho como categoria temática e/ou explicativa da realidade pela categoria profissional dos assistentes sociais, bem como do processo de trabalho que compreende “[...] a) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; b) a matéria a que aplica o trabalho, o objeto de trabalho; c) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 1989, p. 202). Ao concluir o processo obtêm-se os seus resultados que nada mais são do que o produto do trabalho “[...] valor de uso,

um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança da forma” [...] (MARX, 1974, s. p.).

Em outras palavras, no processo de trabalho “[...] a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho” (MARX, 1974, s. p.). O processo de trabalho é a atividade dirigida com o fim de “[...] criar valores de uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana [...]” (MARX, 1974, s. p.), que transforma não apenas o material sobre o qual opera, mas “[...] imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade” (MARX, 1989, p. 202). Com a conclusão do processo de trabalho aparece “[...] um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (MARX, 1989, p. 202). No momento em que seus meios (instrumental) e seu objeto (matérias-primas, etc.) são produtos o trabalho utiliza-se de produtos como meios de produção de outros produtos, mas:

[...] Primitivamente, o processo de trabalho ocorria entre o homem e a terra tal como existia sem sua intervenção, e hoje continuam a lhe servir de meios de produção coisas diretamente fornecidas pela natureza, as quais não representam, portanto, nenhuma combinação entre substâncias naturais e trabalho humano (MARX, 1974, s. p.).

Ao privilegiar-se o trabalho enquanto categoria temática e/ou explicativa da realidade na leitura do processo de trabalho em que participa o assistente social no contexto do capital fetiche torna-se premente explicitar a lógica que antecede a sua abordagem analítica, ou seja, “[...] o significado do trabalho no processo de constituição do indivíduo social e na produção da vida material, nos marcos da sociedade capitalista [...]” (IAMAMOTO, 2008, p. 339). Da mesma forma, tratar a questão social, matéria-prima ou objeto do seu trabalho, do ponto de vista da determinação concreta da relação entre as expressões através das quais se manifesta e o conjunto de mediações imbricadas nas modalidades vigentes de exploração do trabalho, no contexto da sociedade capitalista contemporânea. O desvendamento do objeto pela utilização de meios com vistas ao alcance de determinados fins, são elementos comuns ao processo de trabalho em que participam os assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais.

A produção recente que tem o Serviço Social como objeto de estudo centra-se na qualidade concreta e particular desse trabalho. No entanto, a identidade do trabalho do assistente social na condição de trabalho abstrato “[...] parte alíquota do trabalho socialmente produzido” (IAMAMOTO, 2008, p. 418), não dispõe de centralidade na produção teórica. Para evitar armadilhas teórico-metodológicas o debate acerca do trabalho e processo de trabalho deve orientar-se “[...] pelo horizonte teórico-metodológico marxiano<sup>92</sup> em suas dimensões de totalidade, ontologia e historicidade [...]” (IAMAMOTO, 2008, p. 346). Caminho importante tanto na análise do trabalho na perspectiva de leitura do próprio exercício profissional, quanto na perspectiva de leitura do papel que o trabalho desempenha na vida dos sujeitos a quem se destina a sua intervenção profissional, a tensa relação entre condição de trabalhador assalariado<sup>93</sup> e projeto ético-político profissional.

O dilema da inter-relação entre projeto profissional e trabalho assalariado reside em uma dupla dimensão. Por um lado, na relativa autonomia do assistente social na condução da atividade profissional socialmente legitimada pelo aparato legal regulador de uma ‘profissão liberal’ na sociedade, condicionada pelas lutas hegemônicas inerentes ao modo de produção capitalista que ampliam ou reduzem as bases sociais que sustentam a direção social e a teleologia da profissão. Por outro, no fato de que o exercício profissional realiza-se pela mediação do trabalho assalariado, sob a forma de mercantilização da força de trabalho, subordinado aos ditames do trabalho abstrato e dilemas dos processos de alienação, sendo o Estado e os organismos privados os maiores responsáveis pelos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais. Na condição de trabalhador assalariado o assistente social vende sua força de trabalho especializado para os empregadores em troca de um equivalente expresso em uma forma monetária (o dinheiro), intermediando as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais na linha de intersecção entre a esfera pública e a privada.

Um desafio importante identificado nesse cenário é a necessidade de rompimento das unilateralidades presentes nas leituras enviesadas que concebem o trabalho do assistente social seja na perspectiva fatalista que superestima “[...] a força e a lógica do comando do capital no processo de (re) produção, submergindo a

---

<sup>92</sup> Com base na teoria social de Karl Marx (1818-1883).

<sup>93</sup> Iamamoto (2008) utiliza a expressão “estatuto assalariado” para descrever essa relação do assistente social enquanto trabalhador assalariado.



possibilidade dos sujeitos de atribuírem direção às suas atividades” (IAMAMOTO, 2008, p. 417), seja na perspectiva messiânica que desloca a ênfase dos determinantes histórico-estruturais concretos para “[...] a vontade política do coletivo profissional, que passa a ser superestimada, correndo-se o risco de diluir a profissionalização na militância *stricto sensu* (IAMAMOTO, 2008, p. 417). A análise do trabalho do assistente social não pode ser dissociada das contradições e lutas vividas pela classe trabalhadora que enfrenta perdas decisivas “[...] em suas conquistas históricas nesse tempo de capital fetiche” (IAMAMOTO, 2008, p. 431), em prol das quais atua mediando a materialização de direitos sociais. Outro desafio refere-se à necessidade de empreendimento coletivo da categoria profissional no sentido de por em debate o trabalho cotidiano do assistente social, como questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica na área. O trabalho profissional precisa ser elucidado nas condições particulares e nas relações de trabalho nas quais se inscreve, reconhecendo-se tanto as suas características enquanto trabalho útil e concreto, evoluindo na leitura das atribuições e competências do exercício profissional e da forma com que se reproduzem no contexto atual; quanto em sua dimensão de trabalho abstrato, em seus vínculos com o processo de produção e/ou distribuição da riqueza social.

Nesse sentido faz-se necessário não somente desvendar o movimento contraditório e conflitivo que caracteriza a relação social histórica capital x trabalho assalariado, mas explicitar os elementos que tem contribuído na constituição de novas estratégias de resistência social da classe trabalhadora e impactado na produção e reprodução das relações sociais, contexto em que se insere também o assistente social na condição de trabalhador assalariado. É sob esta condição de trabalhador assalariado, partícipe da divisão sócio-técnica do trabalho que o assistente social vem efetivando seu projeto profissional inserido nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais em distintos setores, sejam estes provenientes da esfera pública e/ou privada no âmbito da sociedade capitalista contemporânea. Reconhecendo-se esses elementos que impactam na materialização do trabalho do assistente social delineando o que se pode identificar como as particularidades intrínsecas aos respectivos espaços sócio-ocupacionais e a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos, nesse contexto optou-se por analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde

coletiva, mais especificamente no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – atual forma de organização da política de saúde no cenário brasileiro –, no município de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), cujos resultados constituem a base analítica dos próximos itens.

#### 4.2 CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Em termos conjunturais o contexto histórico brasileiro de aprofundamento da crise econômica e mobilização política na década de 80 do século XX, teve como aspecto convergente a ampliação do debate teórico fundamentado no marxismo tanto no movimento da saúde coletiva quanto no processo de renovação do Serviço Social. O fato de constituir um processo de revisão interna no âmbito do Serviço Social dificultou o “[...] nexos direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 34). Tendo o processo de renovação da profissão partido da fundamentação e consolidação teórica no âmbito acadêmico das universidades, acabou tendo pouca incidência sobre a dimensão interventiva no cotidiano dos serviços, chegando à década de 1990, com poucas alterações da prática institucional, desarticulação do movimento de Reforma Sanitária e insuficiente produção sobre as demandas postas ao trabalho no âmbito da saúde (BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO, MATOS, 2006b). A proposta político-econômica de inspiração neoliberal consolidada nesse contexto:

Obedecendo ao receituário do governo americano, do FMI [Fundo Monetário Internacional] e do BM [Banco Mundial], na busca de realizar um amplo programa de abertura, liberalização e internacionalização da economia, tem se pautado: na privatização da coisa pública; na redução da presença do Estado na economia, com diminuição do investimento público e combate ao déficit público com a diminuição e a não realização dos investimentos previstos; na priorização de exportações e na abertura do mercado interno às importações e liberalização de fluxos internacionais de capital [...] (VASCONCELOS, 2006, p. 01).

Pautadas sob o signo da privatização são restringidas as responsabilidades público-estatais e os recursos orçamentários destinados à atenção das

necessidades sociais, desmontados direitos historicamente conquistados e radicalizadas as desigualdades sociais “[...] indissociáveis da concentração de renda, da propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 59). Referidos pressupostos destoantes do projeto profissional hegemônico no Serviço Social e àquele do movimento de Reforma Sanitária, consolidam-se a partir da metade da década de 1990 e refletem na articulação da saúde à lógica do mercado privado. Nesse ínterim firma-se como função do Estado a garantia mínima de condições de saúde àqueles que não dispõem de recursos para pagá-la, tornando-se prerrogativa do setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO; MATOS, 2006b), isto é, do “[...] cidadão cliente, consumidor de serviços de organizações, numa perspectiva empresarial” (BEHRING, 2003, p. 259). Entretanto não se trata de um embate exclusivo à saúde como direito social, mas de certa crise generalizada no âmbito da garantia dos direitos sociais. Em que pese o processo de diminuição da oferta de vagas de trabalho no mercado formal e o desemprego estrutural<sup>94</sup>, a fonte de financiamento da seguridade social tem como base as contribuições à previdência social dos trabalhadores vinculados ao regime formal de trabalho e a arrecadação de impostos (SILVA, 2004).

Ambos os modelos de atenção em saúde convivem no contexto da sociedade capitalista contemporânea, como parte de um processo histórico contraditório forjado ao longo da trajetória de organização da política de saúde que expressa avanços e retrocessos no que diz respeito ao reconhecimento da saúde como direito social de responsabilidade do Estado. Conceber saúde como direito social é reafirmar sua dimensão político-social e isso implica superar a histórica focalização e individualização aparentes, isto é, centradas na abordagem individual do corpo físico; e penetrar na sua essência, reconhecendo-a como necessidade social básica, elemento indispensável à realização e à satisfação da integralidade humana, de construção processual condicionada por um conjunto de ações intersetoriais, bens e serviços necessários à sua efetivação, aspectos contemplados pelo campo da saúde coletiva e justificadores do seu privilegiamento nesse esforço de compreensão do

---

<sup>94</sup> A redução do emprego e a minimização da responsabilidade estatal na garantia de serviços e direitos sociais contribuem para o aumento da pobreza e da miséria, comprometendo os direitos sociais e humanos, inclusive o direito fundamental à vida (IAMAMOTO, 2001).

processo de efetivação do direito social à saúde no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

De maneira contraditória, a concepção ampliada de saúde materializada na norma jurídica no decorrer do último quartel do século XX, representada pela Constituição Federal de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), enquanto encaminhamento de uma demanda social protagonizada pelos profissionais advindos do campo da saúde coletiva, movimentos sociais e sindicais, partidos políticos e população em geral, não foi acompanhada de uma alteração do processo de trabalho em saúde. Paradoxalmente, o modelo médico-hegemônico focalizado na ação individualizada, com caráter biologicista, privatista e hospitalocêntrico alvo das contestações do movimento em prol da Reforma Sanitária no país, tem se expandido e institucionalizado como prática predominante no âmbito de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 1997). Pensar a superação dessa contradição implica em politizar o trabalho em saúde:

[...] Resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde, demarca o que é possível e necessário ser feito, sem esquecer que a ação decidida deve ser uma resultante da definição de necessidades, interesses e prioridades dos usuários e não da focalização [...] (VASCONCELOS, 2003, p. 80).

No âmbito do Serviço Social, monta-se o cenário de hegemonia da tendência de intenção de ruptura com o tradicionalismo expressa na opção da categoria profissional pelo referencial teórico-epistemológico materialista histórico dialético com base na teoria social de inspiração marxiana, de cujo movimento derivou significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa. Ao mesmo tempo identifica-se uma ofensiva conservadora crítica que “[...] não se apresenta como antimarxista e sim afirmando que o marxismo não formula respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade” (BRAVO; MATOS, 2006b, p. 16). Ao contrário disso, acredita-se que a teoria social marxiana é a base fundamentadora da renovação crítica que assegurou contemporaneidade ao Serviço Social, conciliando-o com o tempo presente e afirmando sua capacidade de decifrar os movimentos da sociedade brasileira e construir respostas que o tornaram necessário no espaço e tempo dessa sociedade (IAMAMOTO, 2008). Necessidade esta que articulada aos pressupostos

da saúde coletiva perpassa “[...] a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões” (BRAVO; MATOS, 2006b, p. 17).

A crítica ao projeto hegemônico na profissão no âmbito da saúde perpassa a reatualização do discurso da dicotomia teoria *versus* intervenção, expressa no descrédito na saúde enquanto política pública e na suposta necessidade de construção de um saber específico na área, negando a formação original em Serviço Social ou adequando os estudos profissionais às diferentes especialidades da medicina. Deste último eixo denotam três expressões extremamente atuais no contexto de atuação dos assistentes sociais na saúde: 1) autodenominação de “sanitaristas” por parte de alguns assistentes sociais ao realizarem a formação em saúde pública; 2) privilegiamento das tensões subjetivas dos sujeitos; 3) crescimento do discurso sobre a necessidade de ampliação dos espaços de capacitação e debates voltados à produção do conhecimento sobre o Serviço Social baseado nas diferentes especialidades da prática médica (BRAVO; MATOS, 2006a; BRAVO; MATOS, 2006b). O dilema não reside na busca de conhecimentos relacionados à área da saúde, mas na diluição da identidade profissional a partir do momento em que por mérito da sua competência o assistente social passa a desenvolver outras atividades que não identifica como próprias da profissão.

Outro aspecto convergente entre os pressupostos da saúde coletiva e a afirmação do projeto profissional do Serviço Social, reside no fato de que ambos são submetidos cíclica e ininterruptamente às determinações de cunho econômico, político, social e cultural, expressos através das contradições e disputas pela hegemonia entre projetos societários e projetos profissionais particularizadas em seus embates cotidianos, que representam as forças sociais presentes tanto no plano micro-societário no âmbito da profissão e da política de saúde, quanto macro-societário da própria sociedade como um todo. Os projetos societários são “[...] projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade” (NETTO, 2006, p. 142). Apesar de determinações de outra natureza os projetos societários compreendem necessária e concomitantemente projetos de classe, expressos no âmbito das relações contraditórias entre capital e trabalho, Estado e sociedade. Enquanto isso, os projetos profissionais constituem a imagem que determinada profissão faz de si própria, ao passo que representam a eleição de valores que lhes:

Legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2006, p. 144).

Os projetos profissionais têm infinitas dimensões políticas seja no sentido amplo que diz respeito às relações que mantêm com os projetos societários, seja no sentido restrito às perspectivas particulares da profissão (NETTO, 2006). A reflexão acerca do projeto profissional do Serviço Social pressupõe a articulação de uma dupla dimensão. De um lado “[...] as condições macro-societárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2002, p. 19). De outro “[...] as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais” (IAMAMOTO, 2002, p. 19). A compreensão desses elementos implica reconhecer o caráter interventivo e social da profissão; os aspectos estruturais e conjunturais, singulares e universais que materializam as demandas sociais no cotidiano de trabalho profissional como expressões da questão social; os elementos que conformam seus pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos e a forma com que são concretamente materializados em sua relação com a população usuária, instituições e demais projetos profissionais (IAMAMOTO, 2002), nas diversas áreas e espaços sócio-ocupacionais em que se inserem os profissionais com essa formação acadêmica.

O projeto profissional do Serviço Social materializa-se em diferentes dimensões da profissão: a) nos seus instrumentos legais; b) nas expressões e manifestações coletivas da categoria; c) nas articulações com outras entidades de Serviço Social; d) no trabalho desenvolvido nos diferentes espaços sócio-ocupacionais; e) no ensino universitário. No que tange à dimensão de regulamentação legal, o projeto profissional se materializa no Código de Ética Profissional de 1986 e as reformulações de 1993 que reafirmam o compromisso ético-político profissional com a classe trabalhadora; na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 que orienta sobre área<sup>95</sup> e matéria<sup>96</sup> de Serviço Social, suas

---

<sup>95</sup> Corresponde ao “[...] campo delimitado ou âmbito de atuação do assistente social” (IAMAMOTO, 2002, p. 18).

competências e atribuições privativas; e nas Diretrizes Curriculares de 1996 (ASSOCIAÇÃO..., 1996; MENDES, 2004; MACIEL, 2006) que instituem a proposta básica para o projeto de formação profissional contemplando a organização dos três grandes núcleos temáticos de fundamentação<sup>97</sup>: teórico-metodológicos da vida social, formação sócio-histórica da sociedade brasileira e trabalho profissional.

[...] São resultantes da luta dos trabalhadores contra o imperialismo norte-americano, contra as ditaduras e a favor da democracia, da liberdade, dos valores sociocêntricos em contraposição aos valores individualistas e visam à redução das desigualdades sociais. Com isso queremos reafirmar a vinculação do projeto ético-político da profissão com a luta mais ampla dos trabalhadores (GUERRA, 2000, p. 30).

A regulamentação legal representa a defesa da autonomia profissional ao codificar “[...] princípios e valores éticos, competências e atribuições, além de conhecimentos essenciais, que têm força de lei, sendo judicialmente reclamáveis” (IAMAMOTO, 2008, p. 224). O compromisso ético-político configura a direção social da profissão e o desafio maior do projeto profissional está calcado na consolidação dessa base que é concomitantemente ética e política. Na base que conforma essa orientação de caráter ético-político é possível constatarem-se princípios e valores profissionais radicalmente humanistas, comprometidos com a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais, com a luta por processos de articulação coletiva, democráticos, emancipatórios, afirmativos das diferenças e eliminatório de todas as formas de exclusão social. No Quadro 4, pode-se observar a intrínseca relação entre os princípios éticos fundamentais do assistente social e àqueles doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento orientador do trabalho do assistente social e daqueles profissionais que tomam a saúde coletiva como dimensão privilegiada do trabalho na saúde, cuja articulação acredita-se constituir um dos embates cotidianos da profissão na luta pela garantia do acesso ao direito social à saúde, assim como das ações intersetoriais, bens e serviços necessários à sua efetivação.

---

<sup>96</sup> Diz respeito ao objeto sobre o qual exerce a força de um sujeito (IAMAMOTO, 2002).

<sup>97</sup> Explicitados no item anterior desse mesmo capítulo.

Princípios doutrinários e organizativos da saúde		Princípios éticos fundamentais do assistente social
Doutrinários	Universalidade	- Defesa intransigente dos direitos humanos.
	Equidade	- Posicionamento em favor da equidade e justiça social.
	Integralidade	- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais. - Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.
Organizativos	Participação popular	- Defesa do aprofundamento da democracia. - Ampliação e consolidação da cidadania.

Quadro 4 – Relação entre os princípios doutrinários e organizativos da saúde e os princípios éticos fundamentais do assistente social.

Fonte: A Autora (2008).

Uma profissão é produto do protagonismo individual e coletivo dos sujeitos que a ela se dedicam e reflexo das estruturas dinâmicas onde se constituem respostas às necessidades individuais e coletivas que cotidianamente demandam e ratificam a necessidade desse espaço para a sua realização. Nessa perspectiva cabe ao assistente social trabalhador do campo da saúde a operacionalização do seu projeto profissional através da formulação de “[...] estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (BRAVO; MATOS, 2006b, p. 17-18). Este movimento deve ocorrer articulado às demais categorias profissionais de saúde (BRASIL, 1998) que atuam na defesa da saúde enquanto direito social de responsabilidade do Estado, do modelo de Reforma Sanitária como proposta político-democrática orientadora para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia privilegiada de organização dessa política:

[...] Ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 1997, p. 72).

A apropriação desses elementos concernentes ao processo de efetivação do projeto profissional do Serviço Social na saúde mediado pelos pressupostos da saúde coletiva e o arsenal teórico dedicado à abordagem dessa temática ao qual se teve acesso, mediaram a efetivação do objetivo geral da pesquisa que embasou



essa dissertação de Mestrado em Serviço Social. Através desse processo tornou-se possível analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva, enquanto conjunto de práticas em nível econômico, político, ideológico, técnico, dentre outras que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), na forma com que se materializam no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008a) no município de Porto Alegre (RS), espaço teórico e tecnicamente destinado ao desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006c), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos.

Partindo-se das determinações do Ministério da Saúde (MS) brasileiro através das portarias que orientam a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe ressaltar que de acordo com o disposto na Portaria n. 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b), as atribuições específicas dos profissionais da atenção básica “[...] deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas” (BRASIL, 2006b, p. 07). Considerando-se a preconização do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em território nacional e o não reconhecimento por parte do gestor federal da inserção do profissional assistente social na conformação da composição mínima de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), convém destacar que nos termos normativos para esse espaço sócio-ocupacional carece o delineamento das atribuições<sup>98</sup> privativas da categoria

---

<sup>98</sup> No primeiro Anexo da Portaria n. 648/2006 encontram-se descritas as atribuições globais e comuns a todos os profissionais no âmbito das Equipes de Saúde da Família (ESF), de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local: I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; III- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; IV- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda

profissional. No conteúdo da Portaria n. 154/2008 que propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008b), cuja formulação orienta a constituição de equipes multidisciplinares compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento dentre os quais é mencionado o assistente social, são definidos um conjunto de ações de responsabilidade de todos os profissionais e a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes Saúde da Família (ESF):

- Identificar, em conjunto com as [Equipes de Saúde da Família] ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; - Identificar, em conjunto com as [Equipes de Saúde da Família] ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações; - Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas [Equipes de Saúde da Família] ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos; - Acolher os usuários e humanizar a atenção; - Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; - Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; - Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação; - Avaliar, em conjunto com as [Equipes de Saúde da Família] ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos; - Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] NASF; e - Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas [Equipes de Saúde da Família] ESF e os [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2008b, p. 06).

Para subsidiar esse debate urge recorrer às informações que reconstituem o movimento da realidade na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), retratada pelas oito (08)

---

espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; V- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; VI- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VII- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; VIII- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; IX- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; X- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; XI- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; XII- Participar das atividades de educação permanente; e XIII- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006b, p. 19-20).

assistentes sociais que integraram equipes multiprofissionais classificadas como unidade da atenção básica do tipo centro de saúde/unidade básica de saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2008a); e protagonizaram o processo de coleta de dados empíricos dentre àqueles doze (12) trabalhadores da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), selecionados como sujeitos da pesquisa<sup>99</sup>. A aproximação com o campo empírico partiu da evidenciação das atribuições privativas e competências do assistente social na saúde coletiva, a fim de identificar as perspectivas que orientam o seu trabalho e potencializar a discussão da inserção profissional no espaço sócio-ocupacional da atenção básica. Em termos teóricos as atribuições privativas dizem respeito às “[...] funções privativas do assistente social, isto é, suas prerrogativas exclusivas” (IAMAMOTO, 2002, p. 16). A competência profissional compreende a “[...] capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (IAMAMOTO, 2002, p. 16).

No âmbito do projeto profissional do Serviço Social as atribuições privativas<sup>100</sup> e as competências<sup>101</sup> do assistente social têm a base normativo-legal calcada nos

---

<sup>99</sup> O universo, o processo de seleção e a caracterização sócio-demográfica, da formação e da inserção sócio-ocupacional dos sujeitos da pesquisa, encontram-se explicitados no item 3.4 e no subitem 3.4.1 do terceiro capítulo que aborda o percurso metodológico da pesquisa.

<sup>100</sup> Constituem atribuições privativas do assistente social: I- Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II- Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III- Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V- Assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII- Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII- Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX- Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X- Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI- Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII- Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII- Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 1993a, art. 05).

<sup>101</sup> Constituem competência do assistente social: I- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV- (Vetado); V- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso

artigos 4º e 5º da Lei n. 8662/1993 de Regulamentação da Profissão. As reflexões sobre as atribuições privativas do assistente social constituíram tema do debate promovido pela Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (COFI) durante a gestão 1999/2002 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), buscando reencontrar o cerne da questão e retomar uma demanda explicitada na ocasião da gestão anterior através de “[...] ampla sondagem junto aos serviços de orientação e fiscalização do [Conselho Regional de Serviço Social] CRESS, investigando sobre as dificuldades enfrentadas com relação às atribuições privativas” (CONSELHO..., 2002, p. 03) e contribuições da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Esse movimento tomou como aspecto mais importante não o questionamento do instrumento legal apresentado na Lei de Regulamentação da Profissão, mas revestiu-se do intuito de aprimorar a sua interpretação na perspectiva do fortalecimento do trabalho profissional de agentes fiscais e assistentes sociais. As dificuldades elencadas como produto desse processo estão articuladas em três eixos:

I- Melhoramento/explicitação dos artigos da Lei n. 8668/93 e que remetem para o aprimoramento da forma, propondo acréscimos; II- Necessidade de esclarecimentos sobre o que está regulamentado, remetendo, pois, às dúvidas jurídicas, que podem ser resolvidos com comentários à lei e ao código; III- Necessidade de aprofundamento e de explicitação do debate sobre atividades/práticas – objetivos profissionais/identidade profissional (CONSELHO..., 2002, p. 06).

O processo ratificou a importância do instrumento normativo-legal na articulação dos princípios ético-políticos da profissão e os procedimentos técnico-operacionais utilizados pelos profissionais na operacionalização do seu trabalho no cotidiano da realidade concreta. Ao mesmo tempo apontou a ambiguidade expressa pela repetição de alguns dos artigos concernentes às competências profissionais e àqueles caracterizados como de atribuições privativas do assistente social. Para esta problematização delinea-se como possibilidade de superação a orientação de

---

dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI- Realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para

que se existe repetição da mesma atividade em competência “[...] prevalece na modalidade atribuição normativa, uma vez que a norma específica, que regula o exercício profissional do assistente social, deve ser superior à norma genérica que estabelece competências” (CONSELHO..., 2002, p. 12). Destarte é possível constatar-se que embora exista uma predefinição das atribuições privativas e das competências do assistente social, por si só a norma jurídico-legal não garante a sua efetivação na realidade concreta, posto que essa materialização ganha sentido na arena contraditória de disputa entre o projeto profissional e nas relações estabelecidas com os demais projetos profissionais, condicionado à lógica da sociedade baseada no modo de produção capitalista enquanto projeto societário hegemônico.

Não obstante às questões que perpassam a afirmação do projeto profissional do assistente social no âmbito do mundo do trabalho em que sujeitos e classes sociais são subsumidos por processos alienantes e alienatórios na sociedade capitalista contemporânea, as atribuições privativas do assistente social identificadas pela totalidade de sujeitos pesquisados dentre as atividades desenvolvidas na saúde coletiva em unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), estão intrinsecamente correlacionadas à mediação do arsenal técnico-operativo na operacionalização de um trabalho coletivo associado às demais categorias profissionais no cotidiano de disputas estabelecidas nesse espaço sócio-ocupacional. Na condição de elemento fundamentalmente necessário à objetivação das ações, o instrumental técnico-operativo também compõe o projeto profissional do Serviço Social e “[...] incorpora a razão de conhecer a profissão, suas condições e possibilidades” (GUERRA, 2002, p. 169). Nesse contexto emergiram três grandes eixos fundadores das atribuições privativas do assistente social no trabalho desenvolvido na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, agrupados da seguinte maneira: a) a intervenção individual: explicitada por quatro (04) das oito (08) assistentes sociais; b) a intervenção grupal e familiar: indicador mais frequente nas comunicações das assistentes sociais, visto que seis (06) das oito (08) referiram-na e c) a articulação do trabalho em rede: identificada em quatro (04) das oito (08) comunicações das assistentes sociais:

[...] A avaliação psicossocial é só o assistente social que faz. Visitas domiciliares. [...] Embora a gente trabalhe de certa forma em equipe, em conjunto os diversos profissionais, têm as atividades que são específicas do assistente social. A própria entrevista, os aspectos que eu vejo as avaliações que eu faço para ver que encaminhamentos [...] (AS A, 2008).

[...] Eu acho que de uma maneira geral seria o atendimento individual, o planejamento familiar está dentro dos grupos, também é uma especificidade (AS B, 2008).

[...] Principalmente esse atendimento individual, essa demanda assim que vem. [...] Acho que a avaliação psicossocial é também específica do assistente social [...] (AS C, 2008).

[...] Essa escuta de ver mais a questão da família, como é que se organiza é mais específico do assistente social, mas isso não quer dizer que o outro colega também não possa. [...] O médico faz as questões da medicina, a enfermagem da enfermagem, mas a gente já tem aquele olhar assim do todo (AS D, 2008).

[...] O estudo social da família é o Serviço Social que faz [...] (AS E, 2008).

[...] A visão dele realmente é ver a questão da família, do grupo, da questão coletiva. [...] A questão do estudo social. [...] Fazer um *link* da nossa equipe com a rede [...] (AS F, 2008).

A articulação em rede eu acho que é específica porque por mais que os outros técnicos participem da rede, nós temos competências para tornar essa comunicação, pra tornar o acionamento da rede mais ou menos efetivo [...]. O atendimento sócio-familiar a gente realiza, faz os encaminhamentos que são necessários [...]. A potencialização dos recursos disponíveis na rede, no sentido de não só informar que existem, mas informar pra que servem como eles podem ser instrumentos de acesso ou de inclusão [...] (AS G, 2008).

O atendimento individual, o atendimento grupal, o atendimento às famílias, as visitas domiciliares, esses contatos com outras instituições, encaminhamentos. A organização, o planejamento, os contatos interinstitucionais, as parcerias [...] (AS H, 2008).

O eixo da intervenção individual direciona-se à socialização das informações acerca das ações intersetoriais, bens e serviços caracterizados como fatores determinantes e condicionantes do direito social à saúde, tornando transparente aos sujeitos individuais que acessam as unidades da atenção básica “[...] as reais implicações de suas demandas [...], assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos” (IAMAMOTO, 2008, p. 427), considerando a realidade em que se inserem como parte de uma coletividade. O eixo da intervenção grupal e familiar, com valorização desta última como dimensão privilegiada das atribuições privativas do trabalho do assistente social na saúde coletiva, ratifica a demanda histórica que se apresenta à profissão nos mais diversificados campos de atuação nos quais se insere e que tem na família objeto privilegiado de intervenção. A mediação das

abordagens grupais e/ou coletivas no Serviço Social converge com àquelas da saúde coletiva, afirmando as constantes disputas de ambos os projetos profissionais com o projeto societário capitalista hegemônico e o compromisso social da profissão com a classe trabalhadora e a efetivação dos direitos sociais, que no espaço sócio-ocupacional da atenção básica se particulariza no movimento de ação crítica resistente ao modelo médico-assistencial privatista focalizado na ação individualizada, com caráter biologicista, privatista e hospitalocêntrico<sup>102</sup> e na contra-hegemonia da lógica que situa o direito social à saúde de responsabilidade do Estado no âmbito do mercado privado.

O eixo de articulação do trabalho em rede abarca tanto a interlocução protagonizada pelos assistentes sociais no contexto interno das unidades da atenção básica em saúde: nas mediações que realiza em prol da facilitação da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional entre si, destes para com os usuários dos centros de saúde/unidades básicas de saúde e empregadores no âmbito dos arranjos institucionais e das relações de trabalho; quanto no contexto externo das unidades da atenção básica em saúde: na promoção da formação de redes sociais necessárias à garantia da integralidade e intersetorialidade das ações e do alcance dos objetivos profissionais. Em que pese à carência de uma referência mais direta ao controle social dentre as atribuições profissionais na saúde coletiva, o que pode ser compreendido como um dos resultados “[...] da ausência de condições que possibilitem uma análise de realidade, que permita pensar/projetar e realizar o trabalho profissional [...]” (VASCONCELOS, 2003, p. 104), convém ressaltar que a mediação da efetivação da saúde enquanto direito social de responsabilidade do Estado e parâmetro da atuação no espaço sócio-ocupacional em questão, atribui prioridade às demandas por democratização de informações e controle social, ainda que estas estejam implícitas nas comunicações das assistentes sociais.

Nesse sentido as atribuições privativas do assistente social que fundamentam as particularidades do projeto profissional na saúde coletiva no espaço sócio-

---

<sup>102</sup> Cabe destacar nesse contexto o debate que tem se constituído no âmbito das diversas categorias profissionais de saúde (BRASIL, 1998), mobilizado pelo conteúdo do Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 25/2002 de proposição do Senador Geraldo Althoff. Resumidamente, o mesmo define o denominado “ato médico”, confere competência ao Conselho Federal de Medicina para fixar sua extensão e natureza e determina quais atividades são privativas de profissionais médicos, elevando à condição de norma legislativa alguns dos dispositivos que constam de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) (BRASIL, 2002).

ocupacional da atenção básica envolvem “[...] tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário [...]” (COSTA, 2006, p. 47), peculiaridade indicadora de que:

[...] A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, cumpre a tarefa de restabelecer o elo orgânico entre setores, profissões, instituições e saberes, quebrado pela burocratização e verticalização das ações que se revelam tanto nas relações internas às subunidades do [Sistema Único de Saúde] SUS, quanto entre este e as demais políticas sociais e instituições (COSTA, 2006, p. 47)

No que diz respeito às competências do assistente social no trabalho desenvolvido na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, quatro (04) das oito (08) profissionais pesquisadas destacaram os processos interventivos de natureza administrativa e de coordenação como competências que lhes são atribuídas pela equipe multiprofissional no cotidiano de trabalho junto à unidade da atenção básica em saúde. Uma (01) delas explicitou as dimensões de promoção da saúde e de prevenção de agravos abarcadas pela atenção básica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006c), como uma das competências agregadas àquelas ao afirmar que “[...] um grupo de alto risco das gestantes ele não é específico do assistente social, mas ele faz. Vacinação é prevenção, a gente diz que o assistente social faz prevenção, mas não é específico do assistente social [...]” (AS E, 2008). Nas atividades de natureza administrativa destacam-se o preenchimento e marcação de referências e contra-referências nas diversas especialidades sobressaindo-se as demandas provenientes da área médica e a disponibilização de atestados comprobatórios do acompanhamento dos usuários pela equipe multiprofissional de saúde no âmbito dos respectivos centros de saúde/unidades de atenção básica, considerando-se o processo de territorialidade da saúde. A questão da coordenação referenciada nesses termos por uma (01) das assistentes sociais, põe em destaque a contribuição profissional no processo de gestão do trabalho na saúde coletiva, envolvendo desde a mobilização e articulação dos usuários e trabalhadores do setor à “[...] assessoria ao processo de preparação e organização de reuniões [...], eventos (seminários, conferências, debates), visitas técnicas, elaboração de projetos, propostas, documentos (sobretudo relatórios) e avaliação das próprias atividades desenvolvidas (COSTA, 2006, p. 37).



As outras quatro (04) assistentes sociais da totalidade de sujeitos pesquisados delimitaram a “escuta qualificada” e o processo de acolhimento dos usuários como competências postas à categoria profissional no desenvolvimento do seu trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Como ações interligadas, a escuta é o que torna possível exercer as habilidades necessárias ao uso das técnicas de “acolhimento, questionamento, clarificação, reflexão, exploração e aprofundamento, silêncio sensível, apropriação do conhecimento e síntese integrativa entre tantas outras que existem e as que ainda serão criadas (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 240). A realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, de modo a proporcionar o atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários é uma das atribuições globais da equipe multiprofissional na atenção básica em saúde descritas pela Portaria n. 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b).

Nos parâmetros para acompanhamento da implementação da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) particularmente na atenção básica em saúde, também está previsto o comprometimento com a efetivação de “[...] formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema [...]” (BRASIL, 2004b, p. 25). Humanizar implica em ofertar um “[...] atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a, p. 06), aspectos que emergem no cotidiano de trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, delineando suas competências na saúde coletiva:

[...] Tem um bêbado aqui, quem é que vai falar com o bêbado? é o assistente social! Esse é o teu trabalho. Se tem um morador de rua ou um paciente com um estado mental confuso, caótico, também tem que ser o assistente social (AS C, 2008).

[...] A escuta. E eu acho que isso é o papel do assistente social também fazer esse trabalho com a equipe. Eu acho que a gente tem muito isso claro de fazer essa costura assim [...] (AS D, 2008).

Fizemos acolhimento como os demais, trabalhamos em oficinas as mais diversas nesse âmbito da saúde [...]. Estamos também sempre tentando direcionar o campo do nosso trabalho mais para esse nível do coletivo do que o individual. [...] (AS G, 2008).

[...] O acolhimento, todos os profissionais do posto podem fazer e devem fazer. A escuta daqueles usuários, todos os profissionais podem e devem fazer [...] (AS H, 2008).

Na óptica dos princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1993b; BRASIL, 2001), a “escuta qualificada” e o acolhimento constituem elementos essenciais para a humanização da atenção no processo de produção e reprodução social da saúde e não é por razões dogmáticas que ambos emergem como competência do assistente social no processo de trabalho em que participa na saúde coletiva. De acordo com os dados da coleta empírica analisados nesse esforço de reconstituição da realidade concreta, afirma-se a compatibilidade dos princípios humanistas que orientam o projeto profissional do Serviço Social com àqueles do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitados nas expressões do processo de trabalho em cujo íterim são historicamente delineadas as atribuições privativas e as competências do assistente social no espaço sócio-ocupacional da atenção básica.

Os processos interventivos que visam à efetivação de formas de acolhimento dos usuários nos serviços de saúde precisam ser compreendidos como “[...] diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2006f, p. 18). Na condição de diretriz o acolhimento se inscreve “[...] uma tecnologia do encontro [...], como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2006f, p. 18). Como ação técnico-assistencial o acolhimento possibilita a análise do processo de trabalho em saúde focalizando-se as relações sociais e pressupõe “[...] a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (BRASIL, 2006f, p. 18).

Para analisar os elementos que compõem o processo de trabalho em que se inserem os assistentes sociais pesquisados em termos de concepção fundamentalmente marxiana, convém estabelecer como ponto de partida que se trata de trabalhadores assalariados sob os ditames da sociedade capitalista contemporânea, vinculados à esfera municipal de atenção básica da política pública

de saúde intermediada pelo Estado, afirmando-se o fato de que “[...] o Estado tem sido historicamente o maior empregador dos assistentes sociais, atribuindo uma característica de servidor público a esse profissional” (IAMAMOTO, 2008, p. 425), em cujo contexto estabelece-se a tensão entre “[...] o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho” (IAMAMOTO, 2008, p. 424). O assistente social é o profissional que trabalha “com políticas sociais, de corte público ou privado e não resta dúvida ser essa uma determinação fundamental na constituição da profissão, impensável mais além da interferência do Estado nesse campo” (IAMAMOTO, 2001, p. 58). Por sua vez, as políticas sociais públicas dentre as quais se inscreve a política de saúde brasileira, cuja atenção está calcada na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em território nacional, “[...] são uma das respostas privilegiadas à questão social, ao lado de outras, acionadas para o seu enfrentamento por distintos segmentos da sociedade civil [...]” (IAMAMOTO, 2001, p. 58).

A discussão do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva, mais especificamente no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] gera indagações importantes que ajudam a pensar, a ampliar uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 70), na efetivação de uma práxis profissional com perspectiva de ação com direção social e dotada de dimensão teleológica, enquanto expressão da capacidade do trabalhador de “[...] projetar antecipadamente na sua imaginação o resultado a ser alcançado pelo trabalho, de modo que, ao realizá-lo, não apenas provoca mudanças de forma na maneira natural, mas nela realiza seus próprios fins” (IAMAMOTO, 2008, p. 349). O que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que “[...] ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (MARX, 1989, p. 202), isto é, a capacidade crítica de que dispõe o trabalhador para executar o planejamento onde estabelece os parâmetros do desenvolvimento das ações e os resultados pretendidos com o dispêndio da sua força de trabalho.

Reflexionar acerca da materialização do processo de trabalho em que participa o assistente social na miudeza do cotidiano, partindo-se da explicitação das atribuições privativas e competências dos assistentes sociais na saúde coletiva, na nuance que adquire no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, foi uma

construção necessária para evoluir-se ao movimento de desvendamento da questão social que se apresenta no cotidiano dos centros de saúde/unidades de atenção básica, sob a forma de demandas sociais ou necessidades sociais de saúde, elemento convergente entre o objeto do campo da saúde coletiva e as expressões do objeto de trabalho profissional. O objeto constitui a matéria prima do trabalho e “[...] toda matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria-prima. Todavia, o objeto de trabalho só adquire a condição de matéria-prima depois de ter experimentado modificações efetuadas pelo trabalho” (MARX, 1983, p. 203). É dotado de caráter histórico e político porque está sujeito às determinações da relação social capital *versus* trabalho assalariado e são os sujeitos críticos que protagonizam a ação no cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais, os agentes responsáveis pela tradução das expressões da questão social em demandas sociais concretas de saúde coletiva afirmando a necessidade do seu trabalho e a identidade profissional no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde.

A insistência na questão social como objeto de intervenção do assistente social reside no fato de que ela conforma “a matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho, participe de um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 59). Decifrar a questão social pressupõe primeiramente situar a gênese das desigualdades sociais como parte de um contexto em que acumulação de capital destoa de equidade social. Por outro lado esse deciframento demanda demonstrar “[...] as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social” (IAMAMOTO, 2001, p. 59). Embora na reflexão realizada por seis (06) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas não tenha sido referido o objeto de intervenção nos termos teóricos apresentados nesse contexto, observa-se que a caracterização por elas efetuada constitui expressões da questão social, metamorfoseadas sob a forma de necessidades sociais de saúde emergidas no cotidiano de trabalho junto aos centros de saúde/unidades básicas de saúde:

[...] A saúde num sentido mais amplo de todas as formas [...] (AS A, 2008).

[...] São todos os moradores, todas as questões que envolvem os moradores desta região (AS D, 2008).

[...] São as pessoas com seus determinados problemas. Às vezes é jurídico, às vezes nem é da nossa alçada, mas passa pela gente. Às vezes é

habitacional, às vezes é de necessidade de subsistência, de sobreviver mesmo [...] (AS E, 2008).

[...] Quando a família me chega, eu posso atender um dos membros só, mas eu vou visar sempre a saúde e a relação deles dentro do coletivo, vendo essa coisa maior dela buscar seus direitos, dela realmente conseguir ter um movimento dentro da comunidade [...] (AS F, 2008).

[...] O nosso objeto de intervenção é exatamente esse espaço entre a inclusão e a exclusão [...], nesse espaço de ameaça ou violação desses direitos a gente também trabalha na defesa deles [...] poder trabalhar não só sobre a desinformação, mas sobre uma cultura que ainda não é formada de proteção dos direitos [...] (AS G, 2008).

[...] Desde a questão do acesso à saúde no sentido tanto de acessar um serviço de saúde, quanto à saúde que vai desde a questão das relações familiares, das relações afetivas daquela família, a questão do local onde eles moram, de como eles moram, o acesso às outras questões que aquela pessoa, aquele sujeito ou aquela família necessita que vai desde questões de moradia, de escola, enfim dentro daquele conceito mais amplo de saúde [...] (AS H, 2008).

Essas informações ratificam a relação intrínseca entre as expressões da questão social objeto de trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional da atenção básica àquele do campo da saúde coletiva e sinaliza o comprometimento do projeto profissional do Serviço Social com a efetivação de um conceito ampliado de saúde atrelado à efetivação de ações intersetoriais, bens e serviços como seus fatores determinantes e condicionantes, de forma coerente e articulada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Paradoxalmente a concepção do objeto de trabalho das outras duas (02) assistentes sociais, expressa as contradições que conformam o cotidiano de trabalho no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, ao passo que afirmam o modelo médico-assistencial privatista (PAIM, 2003; BRAVO; MATOS; 2001), e reatualizam práticas profissionais conservadoras de valorização da intervenção clínica centrada única e exclusivamente na subjetividade e individualidade dos sujeitos e a dificuldade profissional na formulação de estratégias de resistência profissional e social frente aos projetos profissional e societário hegemônicos na forma como se configuram no contexto da sociedade capitalista contemporânea:

[...] As relações, independente de que tipo, mas sempre são as relações [...] (AS B, 2008).

Eu considero o objeto do meu trabalho as relações sociais, as relações e tudo o que envolve esse universo [...] (AS C, 2008).

As dimensões que particularizam o exercício profissional do assistente social são uma concretização “[...] da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006b, p. 75). Sob essas condições o profissional recupera a concepção de que fazer Serviço Social “[...] é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde” (BRAVO; MATOS, 2006a, p. 43), reduzida e desconectada do movimento de reconstituição da realidade concreta no processo de produção e reprodução social da saúde e do processo de trabalho que concorre à sua materialização enquanto direito social de responsabilidade do Estado. A apropriação do objeto de trabalho do assistente social não deve partir exclusivamente da demanda instituída pelo espaço sócio-ocupacional, mas da releitura profissional crítica dessa demanda, mediada pelos princípios que regem seu projeto profissional e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um processo de aproximações sucessivas que visem à efetivação de ações de promoção da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da participação popular, cujo resultado deve ser o de superação da fragmentação das políticas sociais nas várias áreas onde são executadas:

[...] Se, por um lado, a Instituição tem o monopólio do objeto e dos recursos institucionais, se é ela quem define o significado objetivo do papel do profissional e a expectativa que existe em relação a ele, por outro lado, é o modo particular, subjetivo, como o profissional elabora a sua situação na Instituição, estabelecendo a sua própria ordem de relevâncias, que vai dar sentido ao seu trabalho (BAPTISTA, 1993, p. 113).

O trabalho coletivo especializado do assistente social na atenção básica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) engendra-se ao processo de<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> De acordo com a Portaria n. 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: “I- Definição do território de atuação das UBS; I - Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; III- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; IV- Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; V- Assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; VI- Implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; VII- Realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; VIII- Participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; IX- Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e X- Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social” (BRASIL, 2006b, p. 07).

trabalho em saúde coletiva composto pela totalidade de categorias profissionais que operam nesse espaço sócio-ocupacional. Para operar a engenharia desse trabalho e proceder à apropriação das necessidades sociais de saúde, expressões da questão social que afirmam a necessidade da inserção profissional nesse espaço sócio-ocupacional, os assistentes sociais necessitam além de acionar todo um arcabouço ético-político e teórico-metodológico conforme explicitado, lançar mão de um arsenal técnico-operativo para dirigir a sua ação profissional intencional sob o objeto de trabalho no modo como se manifesta na realidade concreta, reconhecendo-se que a instrumentalidade<sup>104</sup> é processo constitutivo do caráter interventivo da profissão. Os meios de trabalho são “[...] uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 1989, p. 203), isto é, o instrumental de trabalho. Ao discorrer acerca dos meios utilizados no movimento de apropriação do objeto de trabalho na saúde coletiva associado ao processo de trabalho na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria das assistentes sociais pesquisadas recorreu à enumeração do arsenal de técnicas, instrumentos e procedimentos tradicionalmente utilizado pelo Serviço Social no fazer profissional: entrevista, encaminhamento, reunião, visita domiciliar, grupo, sistematização de bancos de informações, registros e levantamentos de dados, tendo prevalecido a entrevista e a visita domiciliar como técnicas mais acessadas.

As entrevistas, as visitas domiciliares, as orientações, as oficinas, as reuniões. [...] As trocas, as discussões entre a equipe. São todas ferramentas que a gente utiliza para poder chegar ao resultado melhor possível (AS A, 2008).

[...] A entrevista a visita domiciliar [...]. Reuniões quando há necessidade. [...] Entrevista [...]. Eu trabalho muito com as coisas que eles trazem pra poder pescar mais coisas e é pescar mesmo porque às vezes entramos nuns mares aí muito profundos [...] (AS B, 2008).

São as entrevistas, as visitas, as técnicas de grupos. [...] Eu tenho um caderno onde eu registro os casos mais “casos” assim. [...] Mas em geral, as coisas são registradas nos prontuários dos pacientes, nas fichas de família [...] (AS C, 2008).

[...] A entrevista, visita domiciliar, os grupos. [...] Os recursos da comunidade, que usamos muito, muito mesmo. [...] A gente trabalha muito com os recursos, apesar de escassos. A rede nem sempre funciona [...] (AS E, 2008).

---

<sup>104</sup> Refere-se à “[...] dimensão que o componente instrumental ocupa na constituição da profissão” (GUERRA, 2002, p. 30).

[...] Os levantamentos [...] olhar de longe o trabalho e ver como é que está sendo o andamento, prá sempre poder se reavaliar. [...] O grupo e a entrevista (AS F, 2008).

[...] O banco de informações são instrumentos [...] tanto *on-line* quanto tradicional, então a ativação, a sistematização de bancos de informações, de fluxos e de formas de torná-los acessíveis à população é um instrumento. Os tradicionais: as entrevistas, as reuniões de equipe, as visitas domiciliares [...]. As reuniões com os pais, os seminários, trabalhos de grupo. [...] Abordagem grupal, individual [...] (AS G, 2008).

Entrevista, na saúde a gente utiliza o termo consulta [...]. As visitas domiciliares é outro instrumento. Os grupos, os contatos com outras instituições da comunidade ou mesmo da cidade. Os encaminhamentos que se faz e os registros também [...] (AS H, 2008).

A técnica da entrevista apareceu nas comunicações de sete (07) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas, afirmando a relevância da sua utilização como “[...] instrumento que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 234), a qual dialeticamente articulada às demais compõe a instrumentalidade que viabiliza o processo de trabalho na saúde coletiva. De maneira semelhante a técnica da visita domiciliar foi citada por seis (06) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas, ratificando não apenas a frequência com que é utilizada no âmbito da profissão, mas reforçando a sua condição de ação histórica no âmbito do processo de trabalho multiprofissional na saúde coletiva. No âmbito das equipes multiprofissionais das unidades de atenção básica em saúde e com menor frequência nos outros níveis de atenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a visita domiciliar ou visita domiciliária como é comumente denominada pelas demais categoriais profissionais de saúde, caracteriza um instrumento para conhecer as condições de vida e saúde das famílias através do qual se utilizam habilidades e competências visando “[...] o cadastramento dessas famílias, mas, também, e principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 47). A visita domiciliar também está presente como atividade do processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), da Política Nacional da Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008b).



Essa deificação e fetichização da instrumentalidade representada pela valoração única e exclusivamente da dimensão técnico-instrumental por parte dessas assistentes sociais permitem identificar que a percepção profissional acerca do instrumental que media a apropriação do objeto de trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, apresenta características afeitas às práticas conservadoras e pragmáticas de dicotomia entre teoria e prática no âmbito do Serviço Social. O papel de mediação que a instrumentalidade do Serviço Social contém precisa ser dimensionado de maneira articulada à dimensão ético-política do projeto profissional, uma vez que “[...] não se reduzem ao acervo técnico-instrumental, tampouco aos conhecimentos técnicos e habilidades específicas dos sujeitos, mas incorporam padrões de racionalidade subjacentes às teorias e métodos pelos quais os agentes apreendem os fenômenos postos na realidade” (GUERRA, 2002, p. 37).

Uma (01) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas mencionou como parte inerente da instrumentalidade por ela apropriada a recorrência aos conhecimentos da própria formação acadêmica em Serviço Social e àqueles relacionados ao seu esforço em prol da formação permanente “[...] uso essa formação como um instrumento, porque eu sou assistente social e então a terapia de família foi e é um instrumento do meu trabalho. [...] Eu tenho lido mais aquilo que no momento assim eu to trabalhando [...]” (AS D, 2008). Sob essa perspectiva o instrumental de trabalho compreende não apenas o arsenal técnico-operativo utilizado pelo assistente social para operar sobre as expressões da questão social, mas abrange “[...] o próprio conhecimento como um meio de trabalho, sem o que esse trabalhador especializado não consegue efetivar sua atividade” (IAMAMOTO, 2001, p. 62). O fetichismo do capital e das relações sociais produzidas no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea atinge também os elementos que mediatizam a intervenção profissional do assistente social na saúde coletiva, requisitando-lhe cada vez mais um domínio instrumental com clareza de direção social e dos resultados a serem alcançados.

Associado às demais categorias profissionais que participam do processo de trabalho nos diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais se insere, o assistente social direciona sua ação profissional às expressões da questão social atuando na defesa dos direitos sociais e dos interesses das classes subalternizadas, contribuindo para a construção de estratégias de resistência ou consolidação do

projeto societário hegemônico, dependendo dos diferentes contextos históricos (IAMAMOTO, 2001). Embora o trabalho do assistente social não envolva diretamente a produção de mercadorias ele tem efeito sobre as condições materiais e sociais dos sujeitos que conformam a classe trabalhadora, interferindo no processo de reprodução da força de trabalho e nas condições de produção e reprodução da vida social.

Nesse sentido, é possível afirmar-se que o trabalho do assistente social tem um efeito socialmente objetivo e essa objetividade não é material, mas social, porque as atividades que desenvolve incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e tem resultados reais e objetivos “[...] embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços” (IAMAMOTO, 2001, p. 68). No processo de trabalho, a atividade profissional utiliza o instrumental para operar a transformação do objeto que se consubstancia num determinado produto:

O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que se atuou. Concretizou-se e a matéria-prima está trabalhada. O que se manifesta em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido (MARX, 1989, p. 205).

Com base na identificação do produto ou os resultados do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, pode-se generalizar que a ação profissional impacta de forma qualitativa na reprodução da vida social. As informações disponibilizadas pelas oito (08) assistentes sociais pesquisadas apontam que a objetivação do trabalho desenvolvido não se dá de modo imediato e nem sob a forma material, mas que o produto do trabalho é socialmente construído e repercute nas relações sociais estabelecidas pelos sujeitos com suas famílias e a comunidade. Todavia os resultados desse trabalho não se apresentaram de maneira explícita nas comunicações das assistentes sociais, mas implícitas nos relatos de algumas intervenções por elas realizadas no cotidiano dos centros de saúde/unidades básicas de saúde. Na leitura realizada pelas assistentes sociais acerca do produto do trabalho associado às equipes multiprofissionais de saúde coletiva no espaço

sócio-ocupacional da atenção básica, estabelece-se como fio condutor a dimensão subjetiva assumida pelo trabalho na objetivação do projeto profissional. Nesse cenário emergem como categorias empíricas a *satisfação* e a *frustração* como dimensões qualitativas para explicitar os resultados do trabalho do assistente social naquele contexto:

a) *Satisfação*: quando os objetivos orientadores da ação profissional nos centros de saúde/unidades básicas de saúde são total ou parcialmente alcançados obtêm-se como resultados: satisfação das necessidades sociais de saúde; acesso aos direitos sociais (ações intersetoriais, bens e serviços); inclusão social; promoção da qualidade de vida, autonomia e protagonismo dos sujeitos sociais; mudanças na cultura, nos valores e nas práticas dos trabalhadores das políticas públicas; vinculação usuário/profissional e usuário/equipe de saúde; reconhecimento e fortalecimento do projeto profissional do Serviço Social. Esta dimensão aparece implícita nas comunicações das oito (08) assistentes sociais.

b) *Frustração*: quando os objetivos orientadores da ação profissional nos centros de saúde/unidades básicas de saúde não são alcançados identificam-se os seguintes resultados: manutenção das necessidades sociais de saúde; interrupção do atendimento em saúde; negação do acesso aos direitos sociais (ações intersetoriais, bens e serviços); exclusão social. Esta dimensão aparece implícita nas comunicações de duas (02) das oito (08) assistentes sociais, tendo em uma (01) delas aparecido como expressão unívoca.

Para esta última dimensão do produto do trabalho do assistente social contribuem direta ou indiretamente as dificuldades elencadas nos diversos âmbitos que incidem sobre o fazer profissional: a) âmbito do projeto profissional: ausência de clareza acerca do papel do assistente social por parte das demais categorias profissionais de saúde e da população usuária; b) âmbito das condições de trabalho no espaço sócio-ocupacional da atenção básica: presença de estruturas físicas precárias e/ou insuficientes para abrigar as necessidades operacionais do trabalho do assistente social e da equipe multiprofissional de saúde (ausência de espaço físico adequado para a realização dos atendimentos em saúde individuais e/ou grupais, arquivamento de registros da ação profissional e conservação de medicamentos); estrutura inadequada à promoção, atenção ou recuperação da saúde dos trabalhadores de saúde; não provimento de benefícios sociais do trabalhador (vale-transporte, vale-refeição e outros); c) âmbito da gestão da política

de saúde: excessiva burocracia; recursos financeiros insuficientes para garantir a universalidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (carência de recursos humanos e materiais, incompatibilidade do atendimento em saúde ofertado à demanda da população usuária); submissão da política pública de saúde às determinações político-partidárias municipais e estaduais.

O privilegiamento da explicitação dos elementos subjetivos que a objetivação do trabalho encerra na realidade concreta dos sujeitos pesquisados fundamenta-se na compreensão de que ao considerar-se apenas a qualidade do trabalho negligenciam-se as relações sociais através das quais ele se realiza. Transitar pela análise do exercício profissional do assistente social associado ao processo de trabalho na saúde coletiva agrega mediações fundamentais à elucidação do significado social desse trabalho no espaço sócio-ocupacional da atenção básica. Na saúde coletiva, o significado social do trabalho do assistente social molda-se no estabelecimento das relações com os sujeitos sociais que o contratam e apesar da preservação da natureza qualitativa dessa especialização do trabalho coletivo no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), o significado social do seu processamento é permeado por condições diferenciadas e envolvido em relações sociais distintas, portanto não é idêntico àquele dos demais espaços sócio-ocupacionais. Em consonância com o processo maior vivenciado pela classe trabalhadora no âmbito da sociedade capitalista contemporânea e concebido na sua totalidade contraditória de trabalho concreto e também abstrato, esse exercício profissional especializado ao mesmo tempo em que “[...] se realiza por meio do trabalho assalariado alienado” (IAMAMOTO, 2008, p. 214), é também trabalho consciente e crítico: que constrói, mobiliza e efetiva estratégias garantidoras do acesso ao direito social à saúde, assim como às ações intersetoriais, bens e serviços a ela concernentes, aspectos convergentes entre o projeto profissional do assistente social, com os pressupostos da saúde coletiva e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 4.3 O MODELO DE ATENÇÃO QUE FUNDAMENTA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Para identificar o modelo de atenção que fundamenta o trabalho do assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS) capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), ainda na formulação do instrumento de coleta de dados da pesquisa<sup>105</sup> considerou-se a síntese dos elementos constitutivos dessa subcategoria temática ou explicativa da realidade: lógica que orienta a ação, modo de planejamento e organização dos saberes e instrumentos (PAIM, 1998). A aproximação com a realidade partiu da efetivação de questionamentos as oito (08) assistentes sociais trabalhadoras de unidades da atenção básica classificadas como centro de saúde/unidade básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), contemplando: concepções de saúde, atenção básica e saúde coletiva; formas de planejamento e desenvolvimento das intervenções da equipe multiprofissional de saúde e conhecimentos julgados necessários para o desenvolvimento do seu trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica.

Partindo-se da concepção de saúde, seis (06) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas resgataram elementos presentes na Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO..., 1978), apesar de não referenciarem-na como base de fundamentação teórica. Quatro (04) dessas profissionais conceituaram a saúde como um “estado de bem-estar físico e mental” e em três (03) situações foi caudatária a expressão “ausência de doença”, seja para indicar um estado saudável diferenciando-o da condição de ser/estar doente, seja para justificar sua compreensão de que a saúde contempla um estado que não pode ser reduzido à simples descrição de ausência de doença. As outras duas (02) assistentes sociais mesclaram a concepção da Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO..., 1978), com alguns dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, expressos em ações intersetoriais, bens e serviços e que informam também direitos sociais, apresentados

---

<sup>105</sup> Ver Apêndice A.

no artigo 3º da Lei n. 8080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a):

[...] É o conjunto de todas as outras, digamos, políticas que também tem que se adicionar. Não é uma ausência de doenças e sim um bem-estar, ter uma boa moradia, ter uma boa política de deslocamento de transporte público, educação, saneamento básico. Digamos o conjunto de todas essas políticas, de todas essas leis funcionando bem, que vão nos dar qualidade de vida (AS C, 2008).

[...] Onde o sujeito se sinta bem com ele mesmo e com o meio onde ele vive, onde ele tenha acesso a tudo aquilo que proporciona o seu bem-estar, o seu bem-viver (AS H, 2008).

Em que pese à descrição de duas (02) dessas seis (06) profissionais terem sido iniciadas com a enunciação da saúde como um conceito ampliado, as mesmas tiveram dificuldades de discutir uma concepção de maneira diferenciada das outras quatro (04) profissionais, prevalecendo como eixo norteador uma concepção biologicista de saúde atrelada ao corpo físico. Nestas situações, as assistentes sociais deixaram subentendida a influência de outros fatores no estado de bem-estar dos sujeitos, assim como uma (01) outra profissional referiu a existência de um conceito de saúde institucionalizado pela Constituição Federal de 1988. Entretanto, nenhuma delas evoluiu na especificação desses elementos:

Existem diversos tipos de conceituar saúde. Tem aquela mais global que está na Constituição... Saúde é ausência de doença [...] (AS B, 2008).

Acho o conceito de saúde bem amplo assim. Saúde pra mim é um bem-estar, não é só a ausência da doença, mas todo um bem-estar. É bem amplo mesmo, as pessoas confundem, acham que ter saúde é só não ter nenhuma doença. Não, ter saúde é tu ta bem em tudo assim. É bem amplo, não é algo restrito (AS D, 2008).

Para uma (01) das oito (08) assistentes sociais, no âmbito do Serviço Social existe uma dupla dimensão para analisar a saúde: “[...] a dimensão do direito social e a dimensão da política pública” (AS G, 2008). Esta profissional expressa o reconhecimento das transformações históricas sofridas tanto pela política, quanto pela própria concepção de saúde enquanto direito social conquistado, ao afirmar que enquanto definição geral constitui “[...] um bem supremo que a humanidade tem e tem a obrigação de preservar. Saúde é a afirmação da vida entre os humanos e cada sociedade em cada tempo histórico se encarrega de preservá-la ou destruí-la,

ou ambas” (AS G, 2008). Explicita a saúde como direito social e política de natureza pública, porém deixa implícito seu caráter de provisão público-estatal e não nomeia a base de fundamentação teórica da sua concepção.

Apenas uma (01) das oito (08) assistentes sociais fez referência ao Sistema Único de Saúde (SUS) citando um dos seus princípios doutrinários, a integralidade, e um dos seus princípios organizativos, a participação popular. A integralidade se refere ao “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2003a, p. 64). A participação social compreende a “democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização e a participação da comunidade nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças” [...] (BRASIL, 2003a, p. 64):

[...] Vai muito a favor do que o SUS [Sistema Único de Saúde] coloca. A saúde ela é integral. [...] Tanto a parte orgânica de tu teres um equilíbrio, quanto à questão *espiritual*, a questão da comunidade, da pessoa estar bem inserida dentro da comunidade, da família. Então é a integralidade mesmo da pessoa. Pra mim quando a pessoa ela consegue ter uma boa relação em todas essas questões, ela vai estar com uma saúde geral e integral [...] (AS F, 2008).

Nesse recorte de comunicação e em mais duas (02) das oito (08) concepções referenciadas, emergiu a dimensão *espiritual* acompanhando a descrição do estado de bem-estar atrelado à concepção de saúde: a) “[...] é estar bem a nível mental, *espiritual*, fisicamente. [...] Então, tem que estar bem de estado de espírito consigo mesmo e com os outros.” (AS B, 2008); b) “[...] é estar bem a nível mental, *espiritual*, fisicamente. [...]” (AS C, 2008). A dimensão espiritual não se encontra referida na concepção de saúde da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a), emergindo, portanto como categoria empírica. Em pesquisa realizada por Marques (2003) no município de Porto Alegre (RS) utilizando uma amostra de quinhentos e seis (506) sujeitos com faixa etária entre 16 e 78 anos de idade foi evidenciada uma correlação positiva entre saúde e bem-estar espiritual. A aplicação do estudo apontou para “[...] uma inclusão da espiritualidade na concepção de saúde unida às dimensões biológica, psicológica e

social [...]” (MARQUES, 2003, p. 01), confirmando-se a espiritualidade<sup>106</sup> como dimensão que pode contribuir na promoção da saúde e prevenção de doenças.

A grande maioria das concepções de saúde elaboradas pelas assistentes sociais não contemplou os principais elementos presentes na Constituição Federal de 1988, acerca da institucionalização jurídica da saúde como direito social e integrante da seguridade social ao lado das políticas de assistência e previdência social, desconsiderando-se a sua inserção no âmbito da proteção social brasileira (BRASIL, 1988). Da mesma forma, não foi caracterizado por parte dessas profissionais um conceito ampliado situando o conjunto de fatores condicionantes e determinantes da saúde, expressos em ações intersetoriais, bens e serviços que compreendem igualmente direitos sociais, conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 199a; BRASIL, 1990b). Salvo em referências isoladas sem atenção à totalidade e sem mencioná-la como política pública e direito social de responsabilidade do Estado. Tampouco foi mencionada a luta coletiva pela garantia da saúde como direito social desencadeada pelo movimento de Reforma Sanitária, evidenciando-se desconhecimento da historicidade da política de saúde brasileira, fragilidade teórico-metodológica a respeito da temática e/ou o não-reconhecimento da importância de resgatarem-se esses elementos não apenas nos debates discursivos e teóricos da categoria profissional, mas também no cotidiano de trabalho nas unidades da atenção básica em saúde.

O trabalho do assistente social no campo da saúde deve contemplar aspectos que vão muito além dessa concepção meramente biologicista “[...] mas também [...] de necessidades psicológicas e sociais, integrando-se, assim, os diversos aspectos humanos” (BIBLIOTECA..., 2002). Bravo; Matos (2006b, p. 17), afirmam que o exercício profissional não deve ser reduzido à ação exclusiva sobre as questões subjetivas, tampouco “[...] pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina”, pois essa forma de intervenção fragmenta a ação profissional e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas. Deve visar à promoção da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade nas ações, na perspectiva de ampliação da cidadania “[...] impulsionadora de novos

---

<sup>106</sup> Na perspectiva de análise da autora, o bem-estar espiritual significa “[...] em que medida ocorre a abertura da pessoa para a dimensão espiritual que permite a integração da espiritualidade com as



direitos, que contribua na luta para a ampliação da legalidade institucional” (IAMAMOTO, 2001, p. 142), sob pena de ao contrário disso, reproduzir a fragmentação interventiva de antigas práticas profissionais nesse setor, situação que vem sendo colocada pelas diversas categorias profissionais como condição a ser superada.

No que diz respeito ao entendimento de atenção básica em saúde, quatro (04) das oito (08) assistentes sociais referiram-na como ação de saúde básica, de cuidados básicos e/ou primários de caráter preventivo e a ser desenvolvida como estratégia para evitar a necessidade de acesso a serviços especializados ou de maior complexidade. Conforme visto anteriormente, a expressão atenção básica em saúde passou a ser utilizada no contexto brasileiro a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e é conhecido internacionalmente como Atenção Primária em Saúde (APS). Sobretudo, trata-se de uma estratégia de busca pela universalidade, equidade e integralidade da atenção prestada mediatizadas pelo vínculo, responsabilização, racionalidade gerencial e planejamento (BIBLIOTECA..., 2002), cabendo-lhe ainda proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2008a). Esse nível de atenção não se destina somente à parcela mais pobre da população e também não se resume unicamente ao tipo de atenção referida:

[...] Todo trabalho preventivo de acompanhamento, até para que se possa atender de uma forma integral, para que se consiga ver a doença no seu início para que depois não chegue lá numa emergência com uma condição tão agravada (AS A, 2008).

[...] A nível primário, é o local em que a pessoa vem antes de ser encaminhada pro especialista, que trabalha bastante com a saúde pública em nível de prevenção, saúde básica é em nível de prevenção (AS B, 2008).

[...] Questões mais básicas de saúde. Desenvolvendo uma boa qualidade de vida e de saúde pra que essa pessoa não chegue a adoecer e não tenha que parar no hospital no serviço terceirizado, é poder ta promovendo essas atenções, essa saúde básica [...] (AS C, 2008).

[...] Os cuidados de saúde, como a prevenção da doença através de vacinas e outros cuidados. [...] É atendimento que não seja de emergência, mas mais prevenção [...] (AS E, 2008).

Além de ser considerada a via preferencial de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e abranger ações no âmbito da prevenção de doenças, a atenção básica desenvolve ações individuais e coletivas de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006b), dimensões que não foram referidas pelas assistentes sociais pesquisadas. Apenas duas (02) profissionais caracterizaram-na como “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS) referindo para além da dimensão de prevenção de doenças, a de promoção da saúde. Uma (01) dessas profissionais deu indícios da necessidade de proximidade da unidade da atenção básica do espaço da comunidade, deixando implícita a discussão acerca do processo de territorialização da saúde e utilizou o termo menor complexidade em substituição aos cuidados básicos e/ou primários referidos pelas demais:

[...] O nosso marcador é o [Sistema Único de Saúde] SUS que dá esse parâmetro. A atenção básica já é uma superação da idéia antiga que excedeu da saúde pública. Então atenção básica em saúde dentro do nosso modelo é a porta de entrada do sistema e é também aquele conjunto de ações que [...] devem estar organizadas por níveis da população no âmbito da promoção e da prevenção da saúde (AS G, 2008).

[...] A atenção básica está nesse primeiro nível de baixa complexidade. Então é aquele serviço que trabalha tanto na parte preventiva, quanto naquelas questões da saúde de uma menor complexidade, que são os postos de saúde. [...] A atenção básica é a porta de entrada, é a que está mais próxima da população, onde a população primeiro procura o seu posto de saúde (AS H, 2008).

Observa-se que neste último fragmento de comunicação a assistente social reduziu o nível de atenção básica em saúde à classificação de “posto de saúde”, denominação utilizada cotidiana e indiscriminadamente para caracterizar a maioria das unidades da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a classificação empregada nessa análise, a unidade da atenção básica denominada posto de saúde é aquela “destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico” (BRASIL, 2008a). Nessa perspectiva, a denominação utilizada pela profissional não dá conta das estruturas físicas onde trabalham equipes multiprofissionais compostas pelas diversas áreas profissionais de saúde que não apenas as especialidades médicas básicas “[...] clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas” (BRASIL, 2008a). De forma semelhante,

uma (01) outra assistente social caracterizou a atenção básica como o espaço onde se tem:

[...] A clínica, a pediatria, a ginecologia. É o que o indivíduo necessita basicamente pra sua saúde, pra manter essa saúde, esse bem-estar, de todas as questões desde higiene. [...] A gente trabalha muito aqui com orientação. [...] Trabalha com muito idoso. [...] Mas a gente percebe que eles vêm muito aqui ao posto, por exemplo, [...] pra verificar a sua pressão. E a pressão ta normal, bem... 12 por 08, 11 por 07. Mas eles vêm todos os dias aqui prá ver isso, porque eles necessitam dessa atenção, dessa conversa, da escuta e acho que isso aí é uma dificuldade que ainda se tem na saúde. As pessoas não têm esse entendimento de que saúde é isso também, é fazer uma escuta qualificada. Acho que quem tem mais essa visão é o assistente social, as enfermeiras têm isso também. [...] Então essa escuta é bem importante (AS D, 2008).

A concepção supracitada explicita a contradição inerente ao próprio discurso profissional e a dificuldade dessa assistente social caracterizar a (in) visibilidade do seu trabalho como parte do processo de trabalho no cotidiano do espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde, visto que a mesma inicialmente cita várias especialidades médicas visando à caracterização do nível de atenção básica sem mencionar as necessidades sociais de saúde, para posteriormente e de forma bastante simplificada fazer referência a uma das atividades por ela desenvolvida nesse espaço sócio-ocupacional que constitui ação transversal da equipe multiprofissional. Reitera-se que o comprometimento com a qualidade das políticas públicas aos cidadãos perpassa a disposição de equipe multiprofissional qualificada para o exercício dessa função, com capacidade técnica e política, eficácia no desempenho do seu trabalho, responsabilidade e adesão aos princípios e valores da democracia (BRASIL, 2008a).

A última assistente social pesquisada trouxe à tona a discussão da intersetorialidade das ações no âmbito da atenção básica em saúde. A intersetorialidade constitui uma estratégia política bastante complexa, mas cujo processo contribui para a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, permitindo conceber os sujeitos sociais na sua totalidade, “[...] nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura segurança alimentar e outros” (BRASIL, 2008a). Pressupõe também integração, articulação e complementaridade das ações, demandando o envolvimento de gestores, trabalhadores de saúde e comunidade,

tendo em vista o alcance da integralidade na atenção, esta última entendida como “tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças” (BRASIL, 2008a). Para tanto, caracterizou a atenção básica referenciando o trabalho em rede, o atendimento de doenças e a organização de programas de saúde pública:

A primeira coisa que eu não consigo ver na minha cabeça e dentro do meu trabalho é me ver sem ter uma rede, porque todos os problemas que vem para a gente, no nosso trabalho, no nosso dia-a-dia eu vejo que tanto a saúde, a educação, a assistência social, a segurança, todas somos responsáveis. Então eu vejo que a atenção básica ela vai trabalhar muito nessas questões específicas do ser humano, de questões orgânicas, alguma doença, alguns programas dentro da saúde pública. [...] Daí entra aquela questão da saúde integral que eu vejo que é muito importante. Então eu vejo a atenção básica por aí, de a gente poder ver o indivíduo desta forma, dentro desses programas, de cada programa, que vão interferir na atenção básica [...] (AS F, 2008).

Nesta última e em mais duas (02) concepções foram recordados alguns dos programas estratégicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) por áreas temáticas, que na atenção básica compreendem: saúde bucal, alimentação e nutrição, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Humana (DST/AIDS), hipertensão arterial e diabetes mellitus, hanseníase e tuberculose, atendimento à saúde no sistema penitenciário, política nacional de redução de morbi-mortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2003b). Na atenção básica ampliada inserem-se a relação das ações da atenção básica acrescida dos procedimentos assistenciais presentes na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02):

a) Atendimento médico de urgência com observação; b) Assistência domiciliar por profissional de nível superior, c) Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; d) Cirurgias ambulatoriais especializadas; e) Ações especializadas em odontologia; f) Teste imunológico de gravidez e eletrocardiograma (BRASIL, 2003b, p. 157).

Convém ressaltar que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção: básica, de média complexidade e de alta complexidade. Essa forma de estruturar o sistema de saúde visa à melhor programação e o planejamento das ações e dos serviços de forma articulada e

complementar, de modo que não se deve considerar um ou outro nível de atenção mais relevante, sob pena de comprometer-se a efetivação da atenção integral à saúde. Esses elementos, no entanto não justificam a ausência de clareza das assistentes sociais inseridas na atenção básica sobre as dimensões que a constituem e particularizam em relação aos demais níveis de atenção em saúde ou espaços sócio-ocupacionais em que se insere.

Todas as assistentes sociais pesquisadas identificaram a dimensão coletiva do campo da saúde coletiva referenciando: a comunidade, grupos populacionais ou generalizando para a sociedade. Não existe uma concepção unívoca para a saúde coletiva, as idéias desenvolvidas até o presente momento pautam-no como um campo “[...] extenso e diversificado, refletindo a própria concepção ampliada de saúde em suas inúmeras interfaces” (NUNES, 2006, p. 305), sendo que “[...] o próprio campo vem se especializando em muitas direções e tratando de objetos os mais variados.” (NUNES, 2006, p. 305). Para Paim; Almeida Filho (1998, p. 299), enquanto um movimento ideológico e comprometido com a transformação social, a saúde coletiva “apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade”, aspectos que foram mencionados sob a forma de necessidades sociais de saúde por três (03) das assistentes sociais:

[...] É esse conjunto de questões que vão estar interferindo na saúde da comunidade de uma maneira geral, aí vai precisar das demais políticas funcionando de maneira adequada, o transporte coletivo, de saneamento básico, da educação, da política de moradia (AS C, 2008).

[...] Saúde da comunidade de uma determinada região. [...] Saúde de acordo com a região, as manifestações de saúde são diferentes (AS E, 2008).

[...] É uma coisa bem mais abrangente, onde a gente vai ver os indivíduos dentro da sociedade, de como que eles estão se relacionando, se realmente todas as pessoas como indivíduos estão conseguindo ir buscar suas coisas, estão conseguindo buscar seus direitos e ter seus direitos atendidos [...] (AS F, 2008).

Duas (02) das oito (08) assistentes sociais demonstraram conhecimentos teórico-metodológicos sobre a saúde coletiva enquanto campo epistemológico e prático transversal ao trabalho coletivo e integrado de todas as categorias profissionais no âmbito da saúde, descrito por Campos (2000, p. 223) como “o reconhecimento de que a saúde coletiva é um saber constitutivo e essencial a todas

as práticas em saúde [...]”. Nessas concepções a saúde coletiva foi reconhecida na perspectiva histórica de sua institucionalização como campo aglutinador de conhecimentos a partir do processo iniciado no Brasil por volta da década de 70 do século XX, enquanto movimento que visava proporcionar um novo cariz às práticas vigentes no contexto da saúde pública e na sua dimensão agregadora de saberes e práticas. Entretanto, mesmo essas profissionais desconsideraram as necessidades sociais de saúde e o processo saúde/doença/intervenção, caracterizadores do direcionamento da atenção profissional no campo da saúde coletiva:

[...] Começou a discussão dela pela década de 70 [1970], 70 e poucos. [...] Tem vários tipos, várias abordagens de saúde coletiva. [...] A saúde coletiva ela é focalizada num grupo determinado de pessoas, numa área restrita [...] (AS B, 2008).

É uma perspectiva conceitual e metodológica de entender saúde num paradigma mais abrangente e crítico do que o precedeu que é a saúde pública. Então eu vejo que a saúde coletiva é um campo epistêmico e também profissional que agrega saberes e práticas que tem como perspectiva de trabalho a defesa da saúde, da vida e com isso um novo modelo de sociedade (AS G, 2008).

A compreensão do processo saúde/doença/intervenção deveria “[...] constituir o acervo básico e fundamental de todos os campos científicos e de todas as práticas que compõem o campo mais amplo da saúde” (CAMPOS, 2000, p. 226), considerando-se a estreita relação desse processo contraditório que informa a superação ou manutenção necessidades sociais de saúde. As comunicações supracitadas indicam uma insuficiente apropriação da temática e a dificuldade das profissionais pesquisadas em vislumbrar suas possibilidades de mediação no atendimento da saúde em sua dimensão mais coletiva. Conforme Iamamoto (2004, p. 16-17), por meio da prestação de serviços sócio-assistenciais inseparáveis da dimensão político-ideológica, os assistentes sociais interferem nas relações sociais cotidianas e “[...] no atendimento às mais variadas expressões da questão social, tais como são experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública, etc.”

Nogueira; Mioto (2006, p. 12), discutindo acerca dos processos de planejamento e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), referem que estes correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de “[...] gestão, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na

sistematização das ações profissionais”, que serve de embasamento tanto para o trabalho do assistente social quanto para a equipe multiprofissional que integra. A ação profissional compreende um conjunto de procedimentos e atividades pertinentes à determinada profissão, efetivadas de maneira responsável e consciente.

No que tange às formas de planejamento e desenvolvimento das ações, quatro (04) das oito (08) assistentes sociais referiram pouca autonomia para planejar e executar as ações nas respectivas equipes multiprofissionais de saúde, visto que são operacionalizadas de acordo com os programas estratégicos propostos pela instância municipal de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, três (03) delas destacaram, concomitantemente, importantes contribuições do trabalho do assistente social no planejamento e gestão dos serviços de saúde no âmbito da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica:

[...] São aquelas consultas de rotina, de acompanhamento, situações crônicas, por exemplo, hipertensos, diabéticos. [...] Nosso planejamento é encima disso, para atender essa demanda. Além disso, tem as campanhas durante todo o ano. [...] A própria equipe as organiza, mas assim, eu vejo que o assistente social sempre está meio à frente disso [...] (AS A, 2008).

A gente tem alguns programas que a gente planeja, mas a maioria das coisas que a gente faz já vem programada pela Prefeitura [...] (AS B, 2008).

Já vem um planejamento de cima, da Prefeitura sobre o que oferece uma equipe de saúde. [...] O assistente social eu acho que ele é mais preparado para esse tipo de coisa [...] (AS E, 2008).

Principalmente dentro da política do gestor, porque tem um gestor que cria as políticas e a atenção básica executa, é o órgão executor, então se tem isso. [...] O meu trabalho não era<sup>107</sup> uma coisa à parte, o que eu [...] criava, o que eu resolvia fazer, ele tava inserido dentro de um processo de trabalho daquela unidade de saúde (AS H, 2008).

Emerge nessas comunicações a contribuição do assistente social na efetivação de ações voltadas, fundamentalmente, à gestão das relações interinstitucionais com vistas à intersectorialidade, bem como as ações destinadas à “[...] capacitação de recursos humanos que visam ampliar a qualidade dos serviços e de sujeitos sociais subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde [...]” (NOGUEIRA;

<sup>107</sup> A conjugação dos verbos no pretérito se deve ao fato dessa profissional ter trabalhado na atenção básica em saúde no ano de 2007, mas na ocasião da coleta de dados da pesquisa encontrar-se inserida em outro espaço sócio-ocupacional.

MIOTO, 2006, p. 12), além das competências constitutivas da identidade profissional no âmbito da gestão nos diversos espaços sócio-ocupacionais: elaboração, coordenação, administração, execução e avaliação de planos, programas e projetos (BRASIL, 1993a). Para Gandin (2005) um bom planejamento implica não somente em desenvolver atividades de forma eficiente (correta), mas de forma eficaz (desenvolver as atividades que realmente importam, ou seja, que são socialmente desejáveis). Em que pese à importância do planejamento como ferramenta de apoio ao desenvolvimento e gestão administrativa das técnicas e tecnologias no âmbito da saúde, duas (02) assistentes sociais informaram que suas respectivas equipes multiprofissionais não costumam planejar as ações desenvolvidas na unidade da atenção básica, tendo uma delas afirmado tampouco efetivá-lo com relação às ações do Serviço Social:

[...] A própria coordenadora do serviço quando ela entrou acho que ela também não tinha idéia de como é que era [...] (AS D, 2008).

Na verdade não tem muito planejamento não. As coisas vêm, o ritmo de trabalho é muito intenso, o ritmo de trabalho é acelerado, não tem um planejamento. [...] A gente passa a maior parte do tempo apagando incêndio, sem ter atividades planejadas ou mais ou menos estruturadas, até porque a gente sempre trabalha com falta de pessoal. [...] Se eu te disser que eu tenho um plano de trabalho eu vou te mentir [...] (AS C, 2008).

Diferentemente dessa realidade as outras duas (02) assistentes sociais alegaram ser a própria equipe multiprofissional de saúde a responsável pelo planejamento das ações, seja através de uma rotina com base no processo de trabalho em saúde coletiva, seja em torno da demanda que se apresenta de forma particularizada às diferentes categorias profissionais de saúde e considerando-se os recursos materiais e humanos disponibilizados pela estrutura da unidade da atenção básica. Uma (01) delas salientou o trabalho em equipe como um desafio que propicia a educação permanente “processo de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento constante de recursos humanos e a adaptação dos mesmos às condições de trabalho e agravos encontrados nos serviços” (BIBLIOTECA..., 2002):

[...] É visto em equipe em discussão de casos qual a situação daquela família ou daquela criança e adolescente com problemas escolares e daí se encaminha [...] (AS F, 2008).

Fizemos trabalho em equipe sim. Da equipe são realizadas de acordo com a demanda do serviço que é bem maior que a capacidade de operação. [...]



E isso faz com que a gente se organize em torno dos nossos recursos, mas também das nossas fragilidades e carências. [...] Então assim, trabalhar em equipe é um dos desafios, por isso a formação e a educação permanente, porque nós nos educamos trabalhando em equipe e é um processo relacional muito mais do que de padronização, de procedimento de instituir normas e coisas do gênero [...] (AS G, 2008).

O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão em todos os níveis demanda “o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos [...]” (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2004, p. 01), destinados não apenas a intervir sobre o processo saúde-doença vivenciado pelos sujeitos sociais na realidade concreta, mas também sobre o serviço e a própria política de saúde. Como pressuposto ético-político do projeto profissional do assistente social, destaca-se o compromisso profissional com a garantia dos direitos “[...] civis, sociais e políticos dos segmentos populares, com a preocupação de análise dos serviços tendo em vista os direitos sociais, especialmente o direito à saúde [...]” (VASCONCELOS, 2006, p. 03), visando contribuir para qualificar o espaço público, as estratégias de controle social e nesta direção, a construção de uma nova ordem societária.

Não se trata de um caminho a ser trilhado à parte da equipe multiprofissional, mas uma tarefa a ser efetivada articuladamente ao processo de trabalho em saúde, de forma articulada aos distintos saberes que conformam o campo interdisciplinar da saúde coletiva. Somente dessa forma é possível efetivar a interdisciplinaridade enquanto “multiplicidade de conhecimentos e experiências e suas articulações visando o alcance de um objetivo amplo e comum [...]” (BIBLIOTECA..., 2002), não como soma de atividades profissionais fragmentadas, mas mediante a determinação de um objetivo comum entre as diversas categorias profissionais de saúde.

Nesse ínterim identifica-se como desafio apresentado à profissão o de “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2001, p. 20), pressupondo um fazer profissional comprometido com a efetivação do projeto profissional em todas as dimensões que o caracterizam: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Com base nisso, questionou-se as oito (08) assistentes sociais sobre os conhecimentos julgados necessários para o desenvolvimento do seu trabalho na

saúde coletiva no âmbito da atenção básica, tendo sido destacados por três (03) delas, associados a outros conhecimentos, a necessidade de uma maior aproximação com a psicologia:

[...] Tem que ter um bom conhecimento formal e informal. [...] E um pouco de conhecimento de psicologia [...] (AS B, 2008).

[...] Acho que psicologia, psiquiatria, administração. [...] Planejar eu acho que é fundamental, senão a gente não consegue dar conta das coisas [...] (AS E, 2008).

Um dos conhecimentos eu acho que são realmente da psicologia pra entender bem as relações. [...] Como é que se lida com a rede, como trabalhar em equipe, como fazer grupos [...]. Tu tens que tentar realmente um conhecimento bem vasto da saúde. [...] Como é que é as doenças, tanto a tuberculose como as outras, que tem na nossa vida diária [...] (AS F, 2008).

Nunes (2006) identifica como parte da constituição do campo da saúde coletiva enquanto área de saber, três grandes formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento. Paim; Almeida Filho (1998, p. 310), compactuam com parte dos elementos dessa formulação ao identificar a saúde coletiva como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são “[...] a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde”. O campo da saúde coletiva contempla também o desenvolvimento de ações investigativas sobre “[...] estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310). O processo investigativo deve ser complementado pela “[...] estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1988, p. 310), dentre outras. Os conhecimentos que remetem a estas últimas disciplinas foram evidenciados como eixo central na concepção de uma (01) assistente social e por duas (02) outras assistentes sociais associados a disciplinas das ciências sociais e humanas:

[...] Alguns aspectos de doenças, enfim, de partes mais clínica (AS A, 2008).

[...] Alguns conceitos básicos de algumas doenças [...] A questão dos Conselhos Tutelares, as questões que tem que ter de conhecimento pra trabalhar com essas questões de maus-tratos, de violência. [...] Estar sempre [se] atualizado sejam as legislações do [Instituto Nacional de

Seguro Social], da mulher, da criança, do planejamento [familiar] INSS, questões mínimas de saúde, básicas, eu não preciso conhecer a fundo, mas minimamente (AS C, 2008).

Quatro (04) das oito (08) assistentes sociais pesquisadas julgaram necessários para o exercício do seu trabalho o acesso aos diversos conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas; e também naturais e da saúde, agrupadas em três eixos de conhecimentos: a) realidade brasileira: determinações particulares e universais; b) jurídico: conhecimento de legislações tanto no nível de projeto profissional (documentos que regem a profissão), quanto das políticas intersetoriais (saúde, previdência, assistência social, criança e adolescente, educação); c) expressões do objeto de trabalho do assistente social na saúde coletiva: violência.

Com base na análise dos dados empíricos, é possível depreender-se que o modelo de atenção que fundamenta o trabalho do assistente social na saúde coletiva na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), se trata de uma mescla dos modelos médico-assistencial privatista e de Reforma Sanitária ou do modelo de medicina científica/flexneriana e de saúde coletiva. No desenvolvimento do trabalho associado ao processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde, o assistente ao mesmo tempo em que reproduz o modelo profissional hegemônico focalizado na ação sob a individualidade dos sujeitos sociais, com ênfase biológica e curativa; orienta-se pelos pressupostos do modelo de Reforma Sanitária: mediando os princípios do projeto profissional àqueles do Sistema Único de Saúde (SUS), atentando-se ao sujeito social na totalidade que o constitui, reconhecendo a saúde como direito social de responsabilidade do Estado e traduzindo as demandas sociais em necessidades sociais de saúde. Elementos que ratificam também as contradições e disputas entre projetos profissionais distintos no cotidiano de trabalho no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde, como repercussão de um contexto determinado pelo projeto societário hegemônico no âmbito da sociedade capitalista contemporânea.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE COLETIVA NO ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Analisar o processo de trabalho em que participa o assistente social é um tema relativamente caro à autora se levado em consideração além do fato de integrar essa categoria profissional, a motivação e a implicação com a temática terem partido justamente do próprio trabalho desenvolvido anteriormente em um processo de formação em serviço com ênfase em atenção básica em saúde coletiva, no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao recuperar as indagações emergentes das contradições vivenciadas naquele processo, inclinou-se ao desafio de nesse esforço acadêmico produzir conhecimento sobre a temática objetivando fornecer subsídios para a apreensão do tema na qualificação do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde, para debater e melhor caracterizar a identidade profissional dando maior visibilidade à profissão e a sua contribuição para o campo da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em termos avaliativos, sob o ponto de vista pedagógico-operacional o alcance dos objetivos está materializado nas formulações e sínteses como totalizações provisórias construídas e apresentadas na presente dissertação de Mestrado em Serviço Social. Sob o ponto de vista da dimensão política que a pesquisa sobre essa temática encerra, os resultados precisam ser tomados como subsídio para a leitura crítica do trabalho daqueles que a protagonizaram ou encontram-se inseridos em processo de trabalho semelhante.

A articulação teórico-analítica teve o propósito de explicitar os elementos macro e micro societários necessários à compreensão do cenário em que se configura o processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva, mais especificamente no espaço sócio-ocupacional da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto do ponto de vista da organização da política de saúde de caráter público intermediado pelo Estado em sua trajetória histórica, quanto das metamorfoses no mundo do trabalho no contexto da sociedade capitalista contemporânea. As discussões tecidas ratificam a centralidade do trabalho no âmbito da sociedade capitalista contemporânea e o papel fundamental

deste no processo de busca pela satisfação das necessidades sociais, como instrumento de objetivação humana e forma intercambiável do homem com o seu meio social. É no cenário da produção e reprodução social em tempo de capital fetiche, que conquistas e direitos sociais históricos são desmantelados e não obstante a saúde é absorvida pela lógica do mercado privado. Enquanto condição necessária para a reprodução da força de trabalho e diante da insuficiência das políticas públicas no âmbito do Estado neoliberal, os fatores determinantes e condicionantes representados pelas ações intersetoriais, bens e serviços passam a ser adquiridos no mercado privado sob a forma de mercadorias.

Nessa etapa do capitalismo estruturada na mundialização da economia sob a égide do capital financeiro, a centralidade do trabalho impõe ao Serviço Social enquanto profissão de caráter eminentemente interventivo o desafio de compreendê-lo como categoria temática e/ou explicativa da realidade necessária para a reconstituição do processo que engendra a realidade social. Este desafio não se distancia do necessário reconhecimento das metamorfoses da questão social, objeto de trabalho do assistente social e elemento inerente ao processo de produção e acumulação capitalista, cuja apreensão preside o processo de inserção da própria profissão no âmbito da divisão sócio-técnica do trabalho. Sob a condição de trabalhador assalariado subordinado às injunções decorrentes da relação social contraditória que o capital encerra, o assistente social participa do processo de trabalho na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, assumindo o desafio de articular os princípios do projeto profissional àqueles orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS), na tensa intersecção entre a esfera pública e os ditames do projeto profissional e societário hegemônicos. Nesse cenário conflituoso e contraditório afirma-se a dimensão qualitativa do trabalho do assistente social: socialmente construído, criador de valores de uso e indispensável na mediação do acesso às ações intersetoriais, bens e serviços necessários à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado.

O movimento de reconstituição da realidade social indica a implicação direta e indireta desses elementos nas configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva, no espaço sócio-ocupacional da atenção básica. Da caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa destaca-se a tendência histórica no âmbito da profissão da maioria feminina. A inserção profissional na atenção básica em saúde via instância de gestão municipal público-

governamental revela outra tendência histórica no âmbito da profissão. A maioria efetivou a formação acadêmica anterior à aprovação das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), portanto em períodos de vigência de propostas curriculares orientadoras da profissão que o atual projeto profissional hegemônico se propôs a superar.

As atribuições identificadas como privativas do assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, deificam a instrumentalidade do Serviço Social relacionando-se intrinsecamente à dimensão técnico-operativa do projeto profissional, privilegiando-se três grandes eixos: a) intervenção individual; b) intervenção grupal e familiar, com privilegiamento desta última; e c) articulação do trabalho em rede em suas dimensões interna e externa. As competências atribuídas à categoria profissional são os processos interventivos relacionados ao desenvolvimento de atividades administrativas, de gestão, de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de acolhimento e escuta qualificada dos usuários.

O objeto de trabalho do assistente social na saúde coletiva surge metamorfoseado sob a forma de necessidades sociais de saúde que se apresentam no cotidiano de trabalho em centros de saúde/unidades básicas de saúde, ratificando a convergência entre as expressões da questão social no espaço sócio-ocupacional da atenção básica ao objeto do campo da saúde coletiva. Os meios utilizados no movimento de apropriação do objeto de trabalho na saúde coletiva deificam a instrumentalidade, referindo-se principalmente ao arsenal de técnicas, instrumentos e procedimentos tradicionalmente utilizado pelo Serviço Social no fazer profissional, dentre os quais se destacam a entrevista e a visita domiciliar como técnicas mais acessadas. O produto do trabalho do assistente social na saúde coletiva é socialmente construído e repercute nas relações sociais, estabelecendo-se como fio condutor a dimensão subjetiva assumida pelo trabalho na objetivação do projeto profissional. A satisfação e a frustração emergem como categorias empíricas para explicitar os resultados do trabalho do assistente social: superação ou manutenção das necessidades sociais de saúde.

O modelo de atenção que fundamenta o trabalho do assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica é uma mescla dos modelos médico-assistencial privatista e de Reforma Sanitária ou do modelo de medicina científica/flexneriana e de saúde coletiva. A concepção de saúde privilegia

os elementos biopsicossociais focalizados na individualidade dos sujeitos sociais, deixando em segundo plano os fatores condicionantes e determinantes da saúde expresso em ações setoriais, bens e serviços e seu caráter de direito social de responsabilidade do Estado. A promoção de saúde e a prevenção de doenças são as dimensões privilegiadas nas ações desenvolvidas no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde. Como a equipe multiprofissional de saúde coletiva desenvolve o trabalho de acordo com os programas estratégicos elaborados pela instância federal, o assistente social dispõe de pouca ou nenhuma autonomia para planejar as ações desenvolvidas no âmbito das unidades da atenção básica em saúde. Há unanimidade no reconhecimento da dimensão social da saúde coletiva, apesar de os profissionais não identificarem relação entre as expressões do seu objeto de trabalho ao da saúde coletiva. Entre os conhecimentos necessários para a efetivação do trabalho do assistente social na saúde coletiva, ressaltam-se as disciplinas tanto das ciências sociais e humanas quanto naturais e da saúde, convergindo com àquelas concernentes ao campo da saúde coletiva.

O processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica configura-se pela fusão de práticas tradicionais e conservadoras com ações inovadoras e críticas, que informam as disputas de projetos profissionais tanto no âmbito da profissão, quanto do cenário que a própria política de saúde encerra em sua relação com o projeto societário capitalista hegemônico. De maneira contraditória, o trabalho desenvolvido constitui respostas tanto às demandas de reprodução das necessidades sociais de saúde da classe trabalhadora quanto às demandas do capital, imputando à intervenção profissional em inúmeras ocasiões ausência de clareza de direção social e teleologia, alienação dos sujeitos que a realizam e manutenção da ordem vigente. Dita ausência de clareza de direção social e teleologia evidenciam-se nas dificuldades enfrentadas pelas profissionais em evoluir na discussão acerca das contribuições do trabalho desenvolvido para a efetivação do direito à saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica, apesar da totalidade afirmar a existência de contribuições e destas aparecerem explicitadas no decorrer do processo de coletas de dados empíricos.

Ao concluir esta dissertação de Mestrado em Serviço Social, urge apontar alguns antigos e novos desafios que se apresentam ao assistente social trabalhador

da saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS):

- No âmbito da política de saúde: atuar em defesa da saúde como direito social primordial e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública de responsabilidade do Estado, reafirmar as contestações ao modelo de atenção em saúde focalizada na ação individualizada, com caráter biologicista, privatista e hospitalocêntrico que mobilizaram os protagonistas do movimento de Reforma Sanitária no país e esforçando-se na introdução de ações críticas, transformadoras e garantidoras de direitos sociais; mobilizar a luta coletiva em prol da ampliação dos recursos de financiamento da saúde pública e da seguridade social e mecanismos de resistência social à burocratização, à privatização e à mercadorização da saúde.

- No âmbito da atenção básica em saúde: assumir a educação permanente como elemento indispensável à efetivação do trabalho e do projeto profissional na saúde coletiva; inserir-se em espaços de formação, pesquisas, estudos e atualização profissional que contribuam qualitativamente no fazer profissional, dêem visibilidade ao trabalho desenvolvido, à direção social e as finalidades do trabalho e à identidade profissional no espaço sócio-ocupacional da atenção básica; fornecer subsídios à gestão municipal e federal da importância do assistente social na atenção básica, evitando a redução ou o desaparecimento desse importante espaço de inserção sócio-ocupacional e qualificando as ações e estratégias governamentais nas quais se insere.

- No âmbito dos centros de saúde/unidades básicas de saúde: transformar as demandas sociais que se apresentam no cotidiano de trabalho em necessidades sociais de saúde; articular os princípios do projeto profissional aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS); aproximar-se do campo teórico e prático da saúde coletiva dadas às similaridades na direção social, na dimensão política e no objeto de trabalho no espaço-sócio ocupacional da atenção básica que ambos encerram; identificar os consensos entre os diversos projetos profissionais no âmbito da atenção básica visando o fortalecimento de ações de caráter integral, interdisciplinar, intersetorial e participação popular; estabelecer formas de planejamento das ações de acordo com a realidade social no território de abrangência dos centros de saúde/unidades de saúde; reforçar os processos de acolhimento e escuta qualificada como estratégias de atenção humanizada no âmbito da política de saúde; mobilizar a equipe multiprofissional de saúde na luta por



melhores condições de trabalho, adequação da estrutura das unidades da atenção básica ao processo de trabalho desenvolvido e ampliação dos recursos humanos condizentes com as necessidades sociais de saúde identificadas.

## REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Ane. **Epígrafe**: “sobre os começos”. Acervo particular da autora, 2009.

ALMEIDA, Rosângela da Silva. **Proteção social no MERCOSUL**: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción a las técnicas de investigación social**: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995, 155 p.

\_\_\_\_\_. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1998, 155 p.

\_\_\_\_\_; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev. Educação & Sociedade**. Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2009.

\_\_\_\_\_; GIOVANNI, Alves. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev. Educ. Soc.** Campinas: vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

ANDRADE, Manuel Correia. **A questão do território no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; Recife: IPESPE, 1995.

AROUCA, Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**. Excerto da Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1976, p. 15-19.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL/CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E PESQUISA EM POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL.

**Rev. Serviço Social & Sociedade.** Proposta básica para o projeto de formação profissional. O Serviço Social no Século 21: Cortez, n. 50, p. 143-171, ano 27, abr. 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: Citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 10520:** Informação e documentação: referências e elaboração. AUTORA. **Entrevistas realizadas com assistentes sociais.** Porto Alegre/RS: maio/agosto 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda, 1977, 225 p.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, n. 23 (3). Rio de Janeiro, mar. 2007, p. 615-626.

BAPTISTA, Myriam Veras. **Questões que se colocam para a investigação da prática profissional.** 1993.

BARROS, Giselle Nori. **Organização Mundial da Saúde.** Dicionário de Direitos Humanos. Escola Superior do Ministério Público da União: ESMPU, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social e capitalismo contemporâneo. 1993, p. 20-40. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Mimeo. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social.** Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED/UnB. Centro de Educação aberta, continuada à distância, m. 3, 2000.

\_\_\_\_\_. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Informação de apoio à tomada de decisão. **Glossário:** Conceitos. Saúde Pública Brasil, 2002. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page\\_show\\_menu.php?lang=pt](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_menu.php?lang=pt)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002, p. 401-412.

BRAGA, José Carlos; PAULA, Sérgio Goes. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981, 226 p.

BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Coletânea de documentos oficiais. Brasília: jul. 1963, 219 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_3.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 6.229**, de 17 de julho de 1975. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde. Brasília/DF, 1975. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L6229.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. **Anais da VII Conferência Nacional de Saúde**, de 1980. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília/DF, 280 p. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/CNS7.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **História da VIII Conferência Nacional de Saúde**, de 1986. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 11 p. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/Apresentacoes%20e%20textos%20para%20download/VIII%20CNS.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988. Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-47.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990a. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_8080\\_90.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Lei complementar do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8662**, de 07 de junho de 1993. Lei de regulamentação da profissão de assistente social, 1993a. Competências e atribuições privativas do Assistente Social. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/source/legislacao.htm>>. Acesso em: 29 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética Profissional dos assistentes sociais.** Aprovado em 15 de março de 1993b, 09 p. Com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS n. 290/94 e 293/94. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96.** Ministério da Saúde. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília/DF: Diário Oficial da União, nov. 1996a, 33 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 196, de 1996. **Normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos:** sobre pesquisa envolvendo seres humanos, 1996b. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1997, 36 p.

\_\_\_\_\_. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde,** n. 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo2.php?id=297>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde.** Secretaria Executiva. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2000, 24 p.

\_\_\_\_\_. **O Sistema Único de Saúde:** princípios doutrinários e organizativos. Ministério da Saúde. Brasília/DF, Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos, 2001a, p. 298-304.

\_\_\_\_\_. **Parecer CNE/CES n. 492,** de 03 de setembro de 2001. Ministério da Educação. Brasília/DF: Conselho Nacional de Educação. Diário Oficial da União, 04 set. 2001b.

\_\_\_\_\_. **Gestão municipal de saúde.** Textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001c, 342 p.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei do Senado n. 25,** de 17 de fevereiro de 2002. Define o ato médico e dá outras providências. Disponível em: <[http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/ato-medico-pls25-02.html](http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/ato-medico-pls25-02.html)>. Acesso em: 07 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Direito sanitário e saúde pública.** Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. ARANHA, Marcio Iorio. (Org.). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003a, v. 2, 288 p.

\_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília/DF: CONASS, 2003b, 248 p.

\_\_\_\_\_. **A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: HumanizaSUS, 2004a, 20 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília/DF: HumanizaSUS, jan. 2004b, 32 p.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 300 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 648,** de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília/DF: 29 mar. 2006b. Seção 1, 26 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 399/GM,** de 22 de fevereiro de 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 649,** de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006d. Brasília/DF: 29 mar. 2006. Seção 1, p. 01.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 650,** de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006e. Brasília/DF: 29 mar. 2006. Seção 1, p. 01-03.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed., Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF, 2006f, 44 p. Disponível em: <[http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at\\_managed\\_file.2009-09-17.7021720513/](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at_managed_file.2009-09-17.7021720513/)>. Acesso em: 14 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores:** para entender a gestão do SUS, 1. ed., v. 1. Brasília/DF: CONASS, 2007, 290 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z,** 2008a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/apresentacao/apresentacao.php>>. Acesso em: 21 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 43, 04 mar. 2008b, 16 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 325,** de 21 de fevereiro de 2008c. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/Docs/gestor/Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/Portaria\\_325\\_de\\_210208.pdf](http://www.saude.rj.gov.br/Docs/gestor/Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/Portaria_325_de_210208.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil, 2006, 24 p. In: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 07 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. 2000, p. 103-115. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social.** Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB. Centro de Educação aberta, continuada à distância, m. 3, 2000.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal, 2001. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. (Orgs.). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate, 2006a, p. 25-47. In: BRAVO, Maria Inês

Souza, et al. (Orgs.). 2. ed. **Saúde e Serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006, 264 p.

\_\_\_\_\_ ; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. 2006b, 22 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al. (Orgs.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1 e 2, jan./dez. 2000, p. 51-74.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4. Rio de Janeiro: p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

\_\_\_\_\_ ; Soares, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Rev. Ciências Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CARDOSO, Miriam Limoeiro. Avaliação da universidade: legitimação e lógica mercantil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Rev. Temporalis**, ano 2, suplemento out. 2001. Brasília/DF: ABEPSS, 2001.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP: Campinas, 2002, 178 p.

\_\_\_\_\_ ; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modelos de atenção à saúde: A organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais, 2004, p. 140-155. In: BRASIL. **Ver – SUS Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**.



Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Cadernos de textos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004, 299p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3. Rio de Janeiro: jul./set. 1997, p. 469-478.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

\_\_\_\_\_. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 29 dez. 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS. **Teorização do Serviço Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1986, 233 p.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986, 179 p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, jul. 1996, 117 p.

\_\_\_\_\_. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. 1996, cap. 1, p. 11-55. In: \_\_\_\_\_; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, jul. 1996, 117 p.

\_\_\_\_\_. Conhecimento e prática em saúde coletiva: O desafio permanente. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, 1992, p. 97-109.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL. Enfrentando o futuro da proteção social: Acesso, financiamento e solidariedade. **Relatório**: Montevideú/Uruguai, 20 a 24 de março de 2006, ano 31, 56 p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão**. Brasília/DF: CFESS, fev. 2002, 50 p.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Ed. virtual. Brasília/DF: CFESS, 2005, 72 p.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: Contribuição à história do SUS. **Rev. Saúde Coletiva**, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2008.

COSTA, Lúcia Cortes da. A reforma do Estado no Brasil na década de 1990, 2003, c. 5, p. 155-228. In: \_\_\_\_\_. **Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Cortez, UEPG, 2003.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais, 2006, 50 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-7.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, n. 62. São Paulo: Cortez, 2000, p. 35-72.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. 02 jun. 1988, p. 47-90. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, 232 p.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas S.A., 1991.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997, 120 p.

DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE. **Edição n. 3057**, 29 jun. 2007.

DIAS CARCANHOLO, Marcelo. Dependência e superexploração da força de trabalho no desenvolvimento periférico. In: **Seminário Internacional REG GEN: alternativas à Globalização**, 08 a 13 out. 2005. Rio de Janeiro: UNESCO – Organización de las Naciones Unidas para La Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005, 13 p. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/reggen/pp06.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2008.

DIAS, Míriam Thaís Guterres. O contexto histórico das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistema de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antônio de. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. São Paulo: UNICAMP, 1998.

DRAIBE, Sonia M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: O Brasil no cenário latino-americano. **Rev. Lua Nova**, n. 31. São Paulo: 1993.

DRUCK, Graça. A “cultura da qualidade” nos anos 90: a flexibilização do trabalho na Indústria petroquímica da Bahia. Cap. 2, p. 45-72. In: MOTTA, Ana Elisabete (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998, 215 p.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Residência Integrada em Saúde**. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=2&id=38>> Acesso em: 08 dez. 2008.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Orgs.). **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 59-81.

FALEIROS, Vicente de Paula. Aonde nos levam as diretrizes curriculares? **Revista Temporalis**. 2000, n. 2, p. 163-182. Brasília/DF: 2000.

\_\_\_\_\_. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. 2000, p. 41-56. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social**

**e política social.** Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED/UnB. Centro de Educação aberta, continuada à distância, m. 3, 2000.

FELIPE, José Saraiva. MPAS – O vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, p. 483-504, out./dez. 1987.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Educação permanente:** uma dimensão formativa no serviço social. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008, 199 p.

FLEURY, Sonia. (Org.). **Democracia e saúde:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FONSECA, Cristina M. A história da ABRASCO: política, ensino e saúde no Brasil. Cap. 1, 2006, p. 21-44. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaçuá. (Orgs.). **Saúde coletiva como compromisso:** a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO\\_25\\_ANOS/03%20Cap-1.pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO_25_ANOS/03%20Cap-1.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2008.

FREIRE, Gilson. **O vitalismo e homeopatia.** Belo Horizonte: mar. 2005. Disponível em: <<http://www.freire.med.br/default.asp?id=19&mnu=19&ACT=5&content=18>>. Acesso em: 24 dez. 2008.

FRIAS JÚNIOR, Carlos Alberto da Silva. **Saúde do trabalhador no Maranhão:** uma visão atual e proposta de atuação. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 1999, 137 p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Histórico.** Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/overview\\_9489.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9489.htm)>. Acesso em: 19 dez. 2008.

GANDIN, Danilo. **Planejamento como prática educativa.** São Paulo: Loyola, 2005.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004, c. 3, p. 64-89.

GEERTZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Metodologia de pesquisa em Serviço Social**. Caderno Técnico SESI, Brasília, n. 23, 1997.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: Sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6. Rio de Janeiro: jun. 2006, p. 1171-1181.

GOETHE, Johann Wolfgang Von. Epígrafe: “**sobre diferenças**”. Disponível em: <<http://nem-ank.blogspot.com/2007/07/quando-uma-criatura-humana-desperta.html>>. Acesso em 16 dez. 2009.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: Novas - velhas questões. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 10, 2005, p. 797-807. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002)>. Acesso em: 16 dez. 2008.

GROS, Denise Barbosa. **Institutos liberais e neoliberalismo no Brasil da Nova República**. Porto Alegre: FEE, 2003, 253p. Disponível em: <[http://www.fee.tche.br/sitefee/download/teses/teses\\_fee\\_06.pdf](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/teses/teses_fee_06.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e regulação social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e Serviço Social**, m. 1. Brasília/DF: CEAD, 1999, p. 111-128.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001, 326p.

\_\_\_\_\_. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade, 2002, p. 13-46. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão**. São Paulo: CFESS, fev. 2002, 50p.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. 2006a, 37 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006b, 380 p.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008, 495 p.

JAMUR, Marilena. A formação para o Serviço Social no Brasil: expectativas, desafios e antigas contradições no sistema. In: DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL. **Rev. O social em questão**. Rio de Janeiro: PUC, v. 5, n. 5, 2000.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, Ana Maria. (Org.). Saúde em Debate. **Rev. Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989, 230 p.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003, p. 265-274.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O sujeito n(d) a saúde coletiva e pós-modernismo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, 2001, p. 233-242.

LEFEBVRE, Henri. Lógica concreta (dialética). 1991, cap. 4, p. 170-241. In: \_\_\_\_\_. **Lógica formal e lógica dialética**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Rev. Textos & Contextos**. Porto Alegre: PUCRS, v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

MACIEL, Ana Lúcia Suaréz. **Universidade em crise: uma travessia necessária para a formação em Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de

Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006, 220 p.

MANDEL, Ernest. **A crise do Capital: os fatos e sua interpretação marxista.** UNICAMP: Ensaio, 1990.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2005, 315 p.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002, 282 p.

\_\_\_\_\_. **Metodologia científica:** ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. São Paulo: Atlas S.A., 1989.

MARQUES, Luciana Fernandes. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Rev. Psicol. Cienc. Prof.**, v. 23, n. 2, jun. 2003, p. 56-65. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 dez. 2008.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. Relação Ensino/Serviços. **Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 21-118.

\_\_\_\_\_; SPINELLI, Selma Patti. As ciências sociais em saúde e o ensino, 1995, p. 123-132. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 165 p.

\_\_\_\_\_, et al. Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003, p. 275-285.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999, 143 p.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Coleção a Obra Prima de Cada Autor. São Paulo: Martin Claret, 2003, 198 p.

\_\_\_\_\_. **Teses sobre Feuerbach.** Lisboa/Portugal: Avante, 1982a, p. 69-72. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1845/tesfeuer.htm>>. Acesso em: 02 set. 2007.

\_\_\_\_\_. **O capital**. Coimbra: 1974, vol. 1. Traduzido por J. Teixeira Martins e Vital Moreira. HTML por José Braz para Marxists Internet Archive, 2005. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Salário, preço e lucro**. Tomo 2. Moscovo: Editorial Avante, Edições Progresso Lisboa, 1982b. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1865/salario/index.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Trabalho assalariado e capital**. Tomo 1. Moscovo: Editorial Avante, Edições Progresso Lisboa, 1982c. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/escolhidas/index.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

\_\_\_\_\_; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. RocketEdition: Editor Ridendo Castigat Mores, cap. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/ideologiaalema.html#96>>. Acesso em: 02 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Transcrito por Alexandre Moreira Oliveira, abr. 2007. HTML por Fernando A. S. Araújo, set. 2007. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/manuscritos/index.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **O capital: crítica da economia política**. Vol. 1, livro 1, 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MENEGHEL, Stela Nazareth; BÉRIA, Jorge U.; GIGANTE; Luciana P. Saúde/Doença Conceitos. História natural das doenças. 2002, p. 23-26. In: MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). **Caderno de Exercícios de Epidemiologia**. Editora da ULBRA, 2. ed., 2002, 172 p.

\_\_\_\_\_. Saúde pública: um processo em construção. **Rev. do Instituto Humanitas UNISINOS**, n. 233, p. 02-08. São Leopoldo: UNISINOS, 233 ed., 27 ago. 2007, 66 p. Disponível em: <[http://www.ihuonline.unisinos.br//uploads/edicoes/1188245454.71pdf.pdf](http://www.ihuonline.unisinos.br/uploads/edicoes/1188245454.71pdf.pdf)>. Acesso em 13 jul. 2009.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 09, n. 02. Rio de Janeiro: abr./jun. 1993, p. 1777-184.



\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: \_\_\_\_\_; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Práxis en Salud: un desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, Jusara Maria Rosa. **O Assistente Social na gerência do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1993.

\_\_\_\_\_. Tendências teóricas, epistemológicas e metodológicas para a formação profissional do Assistente Social no Brasil, 2004, p. 117-132. In: **18º Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**. La cuestión social y la formación profesional em Trabajo Social em el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San Jose/Costa Rica, jul. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). 5. ed. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, 80 p.

\_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávia; GOMES, Romeu. 5. ed. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996, 80 p, c. 1, p. 09-29.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

\_\_\_\_\_. A integralidade em saúde: uma utopia a ser perseguida. Entrevista. **Rev. Instituto Humanitas UNISINOS**: UNISINOS, 2008. Disponível em: <[http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com\\_tema\\_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=646](http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=646)>. Acesso em: 20 dez. 2008.

MOTA, Ana Elisabete. **Seguridade Social no cenário brasileiro**. Exposição realizada na Mesa redonda: Seguridade Social no Cenário Brasileiro. In: XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Fortaleza: 17 a 22 out. 2004, 07 p.

\_\_\_\_\_. **Cultura da crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 89 e 90. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. Notas sobre marxismo e Serviço Social, suas relações no Brasil e a questão do seu ensino. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Ensino em Serviço Social: Pluralismo e formação profissional. **Cadernos ABESS**, n. 4, 1991.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do Serviço Social, 2006, 22 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde, 2006, 34 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al. **Saúde e Serviço Social:** formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Rio de Janeiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001, p. 445-450.

\_\_\_\_\_. **Boletim ABRASCO**, n. 86. Especial OPAS 100 anos, 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol86/bol86edi.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

NUNES, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, 1992, p. 59-84.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, 1994, p. 05-21.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, HUCITEC; FIOCRUZ, 2006, p. 295-315.

\_\_\_\_\_. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, 2008, p. 909-916.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998, 224 p.

OLIVEIRA, Francisco. **Crítica à razão dualista: O ornitorrinco**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2003, 150 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional de Alma-Ata, 06-12 set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: **Saúde, crise e reforma**. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986, p. 107-129.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 1998, p. 299-316.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção e vigilância da saúde. 2003, c. 19, p. 567-586. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Rev. Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

\_\_\_\_\_. Atenção à saúde no Brasil. 2004, p. 15-44. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004, 306 p.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, Carmem. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Ed. esp. **Rev. Saúde Pública**, n. 40. São Paulo: Scielo, 2006, p. 73-78.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, n. 35, v. 1, 2001, p. 103-109.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Belém/PA: Universidade da Amazônia, 1995, 198 p.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Irmão José Otão. **Modelo de referências elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão**, 2008. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/biblioteca/Capa/BCEPesquisa/BCEPesquis aModelos>>. Acesso em: 08 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Central Irmão José Otão. **Modelo para apresentação de trabalhos acadêmicos, teses e dissertações**, 2008. Disponível em: <<http://webapp.pucrs.br/bcmodelos/LoginControl>>. Acesso em: 08 jul. 2009.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do Assistente Social**. 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. Planejamento da pesquisa social. **Revista Temporalis**, n. 7, ABEPSS, 2004.

\_\_\_\_\_. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Revista Temporalis**, n. 9, ABEPSS, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=788](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=788)>. Acesso em: 23 dez. 2008.

PROCESSAMENTO DE DADOS DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório dos assistentes sociais da Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde**. Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde. Porto Alegre, jun. 2008.

REIS, A. T. dos. **Apontamentos para uma apreciação de modelos tecno-assistenciais em saúde**. Belo Horizonte: MIMEO, 1997.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. Manual de atuação jurídica em saúde pública, jul. 2003, p. 01-143. In: ARANHA, Márcio Iorio. (Org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003a, v. 2, 288 p.

SALAMA, Pierre; VALIER, Jaques. **Uma introdução à economia política**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975, 203 p.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. 12. ed. São Paulo: Nova Cultural, 2003.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6. Rio de Janeiro: nov./dez. 2004, p. 1487-1494.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPAGNOL, Carla Aparecida. (Re) Pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005, p. 119-127.

Starfield, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. Brasília/DF: UNESCO, 2002, 726 p.

SWEEZY, Paul. Capitalismo monopolista. **Rev. Monthly Review**. Vol. 56, n. 05, out. 2004.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; CÂMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, 1998, p. 47-59.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In: IDS; USP; MS. (Org.). Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: MS, 2001, v., p. 43-46.

TEIXEIRA, Carmem; VILASBOAS, Ana Luiza. **Introdução: planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde**, 07 jan. 2004, 2 p. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page\\_show\\_introduction.php?lang=pt&menuId=21&subject=healthManagement&search=introduction/\(channel\)>](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=21&subject=healthManagement&search=introduction/(channel)>)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. **Educação em saúde**: contribuição ao estudo da formação dos agentes da prática de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. 1995, p. 17-46. In: \_\_\_\_\_ F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, 232 p.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. 1. ed. São Paulo: 34 Ltda, 2001, 167 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas S.A., 1987, 175 p.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas de saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003, 559 p.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e práticas democráticas na saúde, 2006, 32 p. In: MOTA, Ana Elisabete, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Modelos de proteção social e a regulação dos mercados de saúde**. 2005. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/modeloinstitucional/BB3.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/modeloinstitucional/BB3.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2008, 19 p.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004, v. 1, 224 p.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho, 2004, p. 51-161. In: CASTEL, Robert; WANDERLEY, Luiz Eduardo W.; BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela. **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004, 272 p.

YAZBEC, Maria Carmelita. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social**: o trabalho do Assistente Social e

as políticas sociais, m. 4. Brasília/DF: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED/UnB, Centro de Educação aberta, continuada à distância, 2000, p. 21-33.

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da pesquisa

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL  
LINHA DE PESQUISA PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Pesquisadora:** Marisa Camargo

**Orientadora:** Profa. Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel (PUCRS)

### ROTEIRO

**a- Projeto de pesquisa:** O processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica no município de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul (RS). O presente instrumento foi elaborado a partir das discussões realizadas nas orientações e construção do projeto de dissertação de Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), vinculado à linha de pesquisa Processos de Trabalho em Serviço Social e aportes teóricos acerca da temática. O formulário será aplicado aos doze (12) sujeitos da pesquisa selecionados a partir do universo de profissionais assistentes sociais que trabalham em saúde coletiva no âmbito da atenção básica em Porto Alegre (RS).

A realização das entrevistas se propõe a coletar informações dos sujeitos da pesquisa cujo objetivo é o de analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos.

### FORMULÁRIO PARA A ENTREVISTA

Entrevista n: \_\_\_\_.

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_\_.

Local de realização da entrevista: \_\_\_\_\_.

#### 1- IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL E INSTITUCIONAL

1.1 Nome do (a) participante:

1.2 Telefone:

1.3 Endereço eletrônico:

1.4 Idade:

1.5 Sexo:

1.6 Estado civil:

1.7 Raça/etnia referida:

1.8 Religião:

1.9 Vencimento mensal:

1.10 Formação:

1.11 Ano de formação:

1.12 Instituição de formação:

1.13 Outros cursos realizados (*Pode ser marcada mais de uma alternativa*):

a- ( ) Especialização. a1- Quantos? a2- Em quê?

b- ( ) Mestrado. b1- Quantos? b2- Em quê?

c- ( ) Doutorado. c1- Quantos? c2- Em quê?



- d- ( ) Curso em andamento.                      d1- Em quê?  
 e- ( ) Não realizou cursos  
 f- ( ) Outros. Especificar:  
 1.14 Instituição que trabalha:  
 1.15 Há quantos anos está nessa instituição?  
 1.16 Você faz parte da folha de pagamento vinculada ao serviço de atenção em saúde:  
 a- ( ) Municipal  
 b- ( ) Estadual  
 c- ( ) Federal/União  
 1.17 Função institucional:  
 1.18 Há quanto tempo ocupa essa função?  
 1.19 Qual a carga horária semanal desenvolvida nessa instituição?  
 a- ( ) Até 20 horas  
 b- ( ) De 20 a 30 horas  
 c- ( ) De 31 a 40 horas  
 d- ( ) Mais de 40 horas  
 1.20 Qual o seu vínculo empregatício com a instituição na qual trabalha?  
 a- ( ) CLT  
 b- ( ) Concursado  
 c- ( ) Terceirizado  
 d- ( ) Contrato emergencial  
 e- ( ) Cargo comissionado  
 f- ( ) Celetista  
 1.21 Possui outro trabalho além deste?  
 a- ( ) Sim. Qual?  
 b- ( ) Não

## **2- SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA E MODELO DE ATENÇÃO QUE FUNDAMENTA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

- 2.1 O que você entende por conceito de saúde?  
 2.2 O que você entende por atenção básica em saúde?  
 2.3 O que você entende por saúde coletiva?  
 2.4 De que forma são planejadas e desenvolvidas as intervenções da sua equipe em saúde coletiva na atenção básica?

## **3- PROCESSO DE TRABALHO EM QUE PARTICIPA O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

- 3.1 Qual o objeto de trabalho do assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?  
 3.2 Quais das atividades desenvolvidas na saúde coletiva no âmbito da atenção básica você considera serem atribuição privativa do trabalho do assistente social?  
 3.3 O que constitui competência do assistente social no seu trabalho na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?  
 3.4 Quais conhecimentos você julga serem necessários para o desenvolvimento do seu trabalho na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?  
 3.5 Quais os meios que você utiliza para o desenvolvimento do seu trabalho na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?  
 3.6 Quais são os resultados do trabalho do assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?  
 3.7 Você acredita que o trabalho do assistente social na saúde coletiva contribui para a garantia do direito à saúde no âmbito da atenção básica? a- ( ) Sim b- ( ) Não. Explique:  
 3.8 Quais as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do trabalho do assistente social na saúde coletiva no âmbito da atenção básica?

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL  
LINHA DE PESQUISA PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Pesquisadora:** Marisa Camargo

**Orientadora:** Profa. Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel (PUCRS)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que de livre e espontânea vontade e de forma gratuita aceito participar da pesquisa com o tema: “processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica”, realizada por Marisa Camargo, Assistente Social (CRESS n. xxxx), Mestranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob orientação da Profa. Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel. Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, autorizo o uso do conteúdo das informações que prestei para utilização parcial ou integral, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data; bem como da gravação da entrevista realizada com o objetivo de registrar as respostas das perguntas e cuja sistematização se constituirá material de análise da pesquisa. Declaro que fui informado (a) do objetivo da pesquisa que consiste em analisar as configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre (RS), a fim de contribuir para uma melhor articulação do trabalho desenvolvido e o projeto profissional na perspectiva da garantia de direitos. Estou ciente da minha responsabilidade de comunicar à pesquisadora sobre qualquer alteração referente a esse estudo, podendo desistir de participar a qualquer momento sem que isso me cause qualquer tipo de dano ou prejuízo e de que os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado em Serviço Social e poderão ser publicados ou apresentados através de trabalhos em eventos científicos e/ou similares. Declaro ainda que me foi explicada a forma de realização da coleta de dados; do tempo de duração da entrevista de aproximadamente uma hora e meia; do compromisso da pesquisadora com o anonimato da minha identidade na divulgação dos resultados; que foram esclarecidas de forma clara e detalhada todas as dúvidas referentes a minha participação nesse estudo; que o presente termo de consentimento livre e esclarecido me foi lido e que o assinei de livre e espontânea vontade, tendo recebido uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Porto Alegre/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

**Pesquisadora:** Marisa Camargo

**Orientadora:** Profa. Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel

**ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 049/08-CEP

Porto Alegre, 08 de janeiro de 2008.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS  
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/04044, intitulado:  
**“Os processos de trabalho do assistente social na atenção básica em saúde  
coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”.**

Sua investigação está autorizada a partir da presente  
data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser  
entregues a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Profa Ana Lucia Suarez Maciel  
N/Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## ANEXO B – Manchete sobre a destituição do Comitê de Ética em Pesquisa de Porto Alegre (RS)

DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE - Edição 3057 - Sexta-feira, 29 de Junho de 2007

10

sem prejuízo do vencimento e demais vantagens, a fim de participar do XVII Congresso de Cardiologia do Rio Grande do Sul, em Gramado/RS, com base no artigo 32, inciso n da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através da Portaria 472 de 13.6.07 (processo 1.24613.07.0).

**CONCEDE** autorização a CARLOS OTAVIO CORSO, médico, 168790/01, para se afastar de suas funções, de 8 a 12.7.07, sem prejuízo do vencimento e demais vantagens, a fim de participar do XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia e IX Congresso dos Fellows LatinoAmericanos do Colégio Americano de Cirurgiões, em Belo Horizonte/MG, com base no artigo 32, inciso II da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através da Portaria 477 de 13.6.07 (processo 1.25866.07.9).

**DESIGNA** LEONARDO VITOLA, 7273.7/3, auxiliar de serviços técnicos, OB. 1.01.06, para responder pela função gratificada de chefe de equipe, da Equipe de Almoarifado, do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, da Secretaria Municipal de Saúde, 11 140010, 18501070, substituindo HELENA SEBBEN, 24619.3, assistente administrativa hospitalar, AA.1.07.06, por motivo de responder por outra chefia, de 2 a 16.5.07, em regime de tempo integral, através da Portaria 29 de 11.5.07.

**DESIGNA** CRISTINA CLARENCY LA PORTA, 55757.5, assistente social, ES.1.06.NS, para responder pela função gratificada de gerente II, da Unidade Básica de Saúde São José, da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, da Secretaria Municipal de Saúde, I 1160021, 18619009, substituindo CECILIA NUNES PEDROSO, 32293.6, médica, ES.1.24.NS, por motivo de férias, de 5.2 a 6.3.07, em regime de dedicação exclusiva, através da Portaria 237 de 16.2.07.

**DESIGNA** FABIANE FRATINI CHEN, 329554/04, médica, ES.1.24.NS, para responder pela função gratificada de gerente II, da Unidade Básica de Saúde Assis Brasil, da Gerência Distrital Norte! EB, da Secretaria Municipal de Saúde, 11 160021, 186 I 9023, substituindo ROSANE CRISTINA ARAUJO TEIXEIRA, 313261/02, médica, ES.1.24.NS, por motivo de Congresso Médico, de 20 a 22.11.06, através da Portaria 362 de 17.4.07.

**DESIGNA** BIANCA C. AVANCINI, 48224 I/O I, médica, ES.1.24.NS, para responder pela função gratificada de gerente I, da Unidade Básica de Saúde Vila Elizabete, da Gerência Distrital Norte/EB, da Secretaria Municipal de Saúde, 11150026, 18515016, substituindo MARCO ANTONIO BORGES ORTIZ, 61 1478101, municipalizado, por motivo de licença saúde, de 18.12.06 a 2.1.07, através da Portaria 364 de 17.4.07.

**DESIGNA** ISMAEL LOPES FERNANDES, 57363.4; LARRY MEDEIROS LAGO, 9614.9; GLAUCIO SIDIOMAR COSTA, 51417.4; OSWALDO SILVINO FILHO, 56.753-7, e HELENA SEBBEN, 24619.3, para constituírem a Comissão Especial de Licitação, para julgamento do processo administrativo 1.23355.07.7 modalidade de Concorrência do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, através da Portaria 455 de 29.5.07.

**DESIGNA** CARLOS VICENTE FELIPETTO DE OLIVEIRA, administrador, 10850.1/2; LENI HETZEL, enfermeira, 53970.6; MARCELO BÓSIO, físico, 36581.9; ELMO RAUPP BEHENRICK VIEGAS, chefe do Serviço de Manutenção Predial, do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, 65020.4; RIANE FERREIRA CARVALHO, assistente administrativa, 22488.4; PAUL A SCHNEIDER, farmacêutica, 59281.2; JOÃO BATISTA DORNELLES, engenheiro, do Ministério da Saúde municipalizado, 92425.7, e RÉGIS LIMA FERREIRA, auxiliar de enfermagem do Ministério da Saúde municipalizado, 92589.0, para, sob a presidência do primeiro constituírem a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, da Secretaria Municipal de Saúde, a contar de 5.6.07, em substituição aos membros indicados através da Portaria 1091 de 23.12.04, publicada no Diário Oficial de Porto Alegre 2444 de 7.1.05, através da Portaria 493 de 19.6.07.

**TORNAR SEM EFEITO, na Inteira, a Portaria 374 de 20.6.05 - publicada no Diário Oficial de Porto Alegre em 5.7.05 - e a Portaria 558 de 24.8.06 - publicada em 1.9.06, considerando que os membros designados pela Portaria 374/05 para compor o Grupo de Trabalho responsável pela criação e instituição do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e os membros designados em substituição aos primeiros pela Portaria 558/06, encontram-se, atualmente, em sua maioria afastados deste órgão; considerando a aprovação pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa de registro do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre por 3 anos a partir de 16.9.05; considerando a necessidade de encaminhamento de relatórios trimestrais à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNSIMS), conforme Carta 937 CONEP/CNS/MS, e a impossibilidade de atender a este compromisso, no contexto mencionado - de esvaziamento do Comitê Municipal de Ética em Pesquisa; considerando a prerrogativa da Administração Pública no que concerne à alteração de atos públicos, observado o juízo de conveniência relacionado com o interesse público; considerando o princípio da legalidade e o poder-dever de autotutela da Administração Pública (Súmulas 346 e 473 do Supremo Tribunal Federal). Esta**

**Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Revogam-se as disposições em contrário, através da Portaria 396 de 25.4.07.**

**DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO da SMS, no uso de suas atribuições legais,**

**DESIGNA** JANE MARIA DIOGO, 227605/02, assistente social, ES. 1.06.NS, para responder pela função gratificada de chefe de plantão, do Hospital de Pronto Socorro, da Secretaria Municipal de Saúde, 11150006, 18802001, substituindo CRISTINE KUSS, 351730/02, assistente social ES.1.06.NS, por motivo de licença-prêmio, de 23.6 a 7.7.06, em regime de dedicação exclusiva, através da Portaria 402 de 30.4.07.

**DESIGNA** ANA LUCIA ROCKENBACH FAUSTINO, 175253/ 02, enfermeira, ES.1.13.NS, para responder pela função gratificada de responsável por atividades I, da Unidade de Enfermagem/DH, do Hospital de Pronto Socorro, da Secretaria Municipal de Saúde, 11 13003 1, 18603009, substituindo VALERIA DA ROSA PONTES, 479448/01, enfermeira, ES.1.13.NS, por motivo de férias, de 10 a 21.4.07, em regime de dedicação exclusiva, através da Portaria 454 de 28.5.07.

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE, no uso de suas atribuições legais, DESIGNA,**

JOÃO PEDRO MIRANDA MENDES, 21587.1/01, guarda parque, FV.1.02.04, para responder pela função gratificada de chefe de zeladoria de praça, da Seção de Administração de Praças e Jardins, da Divisão de Administração de Parques, Praças e Jardins, da Supervisão de Parques, Praças e Jardins, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 1114, 20502008, substituindo JORGE LUIZ DOS SANTOS PINHEIRO, 8762.5/05, guarda parque, FY.1.02.04, por motivo de férias, de 29.1 a 12.2.07, em regime de tempo integral, através da Portaria 146 de 5.6.07.

**DESIGNA** TÂNIA CASTRO DA SILVA, 39297.5/1, telefonista, CO.1.05.04, para responder pela função gratificada de chefe de zeladoria de praça, da Seção de Administração de Praças e Jardins, da Divisão de Administração de Parques, Praças e Jardins, da Supervisão de Parques, Praças e Jardins, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 1114, 20502008, substituindo JORGE ROBERTO AZAMBUJA, 34971.1/2, operário especializado, OB.1.07.02, por motivo de licença para tratamento de saúde, de 23.5 a 21.6.07, em regime de tempo integral, através da Portaria 148 de 8.6.07.

**DESIGNA** JOSÉ FRANCISCO URBANO, 13267.9/5, guarda parques, FV.1.03.04, para responder pela função gratificada de chefe de grupo, do Gabinete do Secretário, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 1112, 20002001, substituindo FRANCISCO CARLOS CARVALHO DA SILVA, 21481.7/2, guarda parques, FV.1.03.04, por motivo de licença-prêmio, de

15 a 29.6.07, em regime de tempo integral, através da Portaria 150 de 14.6.07.

**CHEFE DA SEÇÃO DE REGISTROS E VANTAGENS, DA DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS, DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTOS, no uso de suas atribuições legais,**

**DESIGNA,** a contar de 22.5.07, LUÍS TOMAS DORNELES DA SILVA, 632962/3, operário especializado, para exercer a função gratificada de responsável por serviço, da Divisão de Esgoto, com base no artigo 68 da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através do Ato 173 de 22.6.07, (processo 3.6165.06.0).

**DESIGNA,** a contar de 22.5.07, JOEL DAVI DA SILVA GARCIA, 75080613, instalador hidrossanitário, para exercer a função gratificada de chefe do setor de corretiva m, da Divisão de Esgoto, com base no artigo 68 da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através do Ato 175 de 22.6.07, (processo 3.6165.06.0).

**DISPENSA** por solicitação, a contar de 22.5.07, SANDRO VAZ DA ROSA, 34384812, instalador hidrossanitário, da função gratificada de responsável por serviço, da Divisão de Esgoto, com base no artigo 73 da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através do Ato 172 de 22.6.07, (processo 3.6165.06.0).

**DISPENSA** por solicitação, a contar de 22.5.07, LUÍS TOMAS DORNELES DA SILVA, 63296213, operário especializado, da função gratificada de chefe do setor de corretiva m, da Divisão de Esgoto, com base no artigo 73 da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através do Ato 174 de 22.6.07, (3.6165.06.0).

**DIRETOR-GERAL DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE HABITAÇÃO, no uso de suas atribuições legais,**

**COLOCA** de 1º.7.07 a 31.12.07, MIRIAM CLEMENTE DA SILVA, 674622, assistente administrativa, à disposição da Secretaria Municipal de Saúde, com prejuízo do vencimento e demais vantagens temporais, com base no artigo 32, inciso I da Lei Complementar 133 de 31.12.85, através da Portaria 344 de 22.6.07 (processo 1.25191.07.1).

**FAZ CESSAR** a contar de 1º.7.07, em relação a MIRIAM CLEMENTE DA SILVA, 674622, assistente administrativa, os efeitos da Portaria 401 de 28.8.91, que concedeu a gratificação especial pelo exercício de atividades de lançamento, arrecadação, execução da receita e da despesa, de preparo de pagamento e empenho, com base no artigo 65 da Lei 6310 de 28.12.88, através da Portaria 345 de 22.6.07 (processo 01.25191.07.1).

**FAZ CESSAR** a contar de 1.7.07, em relação a MIRIAM CLEMENTE DA SILVA, 674622, assistente administrativa, os efeitos da Portaria 030 de 7.1.00, que a convocou para cumprir regime especial de tempo integral, através da Portaria 346 de 22.6.07 (01.25191.07.1).