

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

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) NO SÉCULO XXI: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO
TEÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO**

PORTO ALEGRE

2014

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) NO SÉCULO XXI: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO
TEÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), vinculada à linha de pesquisa Processos de Trabalho em Serviço Social, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre, 2014.

MARISA CAMARGO

**CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) NO SÉCULO XXI: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO
TEÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO**

Esta Tese de Doutorado foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTORA EM SERVIÇO SOCIAL

E teve a versão final aprovada em 28 de fevereiro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Maria Isabel Barros Bellini

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

Professora Doutora Jane Cruz Prates

(Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS)

Professora Doutora Jussara Maria Rosa Mendes

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS)

Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira

(Universidade Católica de Pelotas – UCPel / Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC)

DEDICATÓRIA

“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

Dedico este trabalho acadêmico ao “*universo particular*” constituído pelas minhas redes de relações familiar e social que conspiraram a meu favor.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir a mais importante etapa da formação profissional na qual depus utopias e realidades até o presente momento, tenho o imenso prazer de manifestar os meus agradecimentos ao “universo particular” que conspirou a meu favor:

À força maior que chamamos de **Deus**, pela inspiração mental e espiritual que representa no enfrentamento dos desafios cotidianos e por me permitir sonhar e realizar este momento de tecer agradecimentos.

À minha rede de relações familiar, em especial, aos meus **pais, manos, cunhada, sobrinhos e afilhados**, razão primeira da busca permanente por me tornar um ser humano melhor, pelo apoio incondicional.

À minha rede de relações sociais, em especial, aos meus **amigos** e às minhas **amigas**, pela amizade gratuita e sincera em todos os momentos da vida, certa de que cada um (a) saberá se reconhecer neste espaço.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão da bolsa parcial de Doutorado 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), pelo singular processo de ensino-aprendizagem no Mestrado e Doutorado em Serviço Social.

Às **secretárias** 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), pela gentileza e colaboração constantes.

Aos **companheiros** e às **companheiras** do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por compartilharem a paixão pela pesquisa e tudo mais que as paixões envolvem.

À **orientadora** Professora Doutora **Maria Isabel Barros Bellini**, por desbravar comigo os caminhos do Doutorado em Serviço Social e todas as

interlocuções estabelecidas no processo de formação profissional.

À **banca examinadora**, Professoras Doutoras **Vera Maria Ribeiro Nogueira, Jussara Maria Rosa Mendes, Jane Cruz Prates e Maria Isabel Barros Bellini**, pela disponibilidade em participar das bancas de qualificação e defesa final da Tese de Doutorado em Serviço Social e pelas valiosas contribuições no processo de formação profissional.

Aos **colegas** do Mestrado e Doutorado em Serviço Social e àqueles com os quais tive a oportunidade de cursar disciplinas ou integrar estudos e pesquisas, pelas contribuições no processo de formação profissional e pelos momentos particulares de amizade e convivência.

À Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul (FISUL) e ao **corpo docente e discente** do Curso de Serviço Social, por me oportunizarem a primeira experiência na docência universitária.

Ao **corpo docente e discente** do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais (DCJS) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), em especial, do Curso de Serviço Social, por compartilharem comigo a experiência na docência universitária e a luta em prol da materialização do projeto ético-político profissional do Serviço Social.

Enfim, reitero a minha gratidão a **todos (as) àqueles (as)** que conspiraram por meio de pensamentos e ações a favor da materialização do sonho de me tornar Doutora em Serviço Social. **Muito obrigada!**

“Pressupomos o trabalho sob a forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas, o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade.”

Karl Marx

RESUMO

O trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é o tema central desta Tese de Doutorado em Serviço Social, que teve como objetivo geral explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI. Para tanto, recorreu-se à realização de uma pesquisa bibliográfica, do tipo explicativo, com abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas historicidade, totalidade, contradição e mediação articuladas às categorias temáticas trabalho do assistente social, projeto ético-político profissional do Serviço Social, Atenção Primária em Saúde (APS), Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo de atenção em saúde, inspiradas no referencial teórico do Serviço Social e da Saúde Coletiva e nas publicações e medidas e medidas do Ministério da Saúde (MS). As vinte publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012, localizadas nas fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa foram submetidas à análise de conteúdo com corte temático. Os resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa apontaram que, de acordo com a incipiente produção teórica do Serviço Social, o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI, se configura como mescla da interface entre o projeto ético-político profissional do Serviço Social, com os distintos modelos de atenção conformados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a polissemia de abordagens teórico-conceitual e técnico-operativa da Atenção Primária em Saúde (APS), na tensão entre o reconhecimento dos determinantes ou necessidades de saúde enquanto direito social de responsabilidade do Estado na perspectiva da integralidade e a mercantilização da saúde sob a forma de mercadoria na perspectiva restrita aos ditames do projeto societário capitalista neoliberal, hegemônico na cena contemporânea.

Palavras chave: Trabalho do assistente social. Atenção Primária em Saúde (APS). Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The work of social workers in primary care of the Unified Health System (UHS) is the central theme of this Doctoral Thesis in Social Work, which main goal was to explain the job settings of the social worker in Primary Health Care (PHC) in theoretical yield of Social Service, in order to unravel the interface of professional ethical-political project and the care in the Unified Health System (UHS) in the twenty-first century style. To this end, we resorted to the literature search, the explanatory type, with a qualitative approach, theoretical and epistemological framework based on the critical dialectical method of inspiration and its theoretical and methodological categories historicity, totality, contradiction and mediation articulated to the themes of social work assistant, professional ethical-political project of Social Service, Primary Health Care (PHC), the Unified Health System (UHS) and the model of care in health, inspired by the theoretical framework of Social Work and Public Health and publications and measures of the Ministry of Health (MOH). The twenty publications of Social Service about the work of social workers in primary care of the Unified Health System (UHS) in the period from 2005 to 2012, located in the bibliographical sources for collecting survey data were subjected to content analysis with themed cut. The results at the end of the spiral work process research show that, according to the incipient theoretical yield of Social Service, the work of social workers in primary care of the Unified Health System (UHS) in the XXI century is configured as merges the interface between professional ethical-political project of social work, with different models of care conformed within the Unified Health System (UHS) and the polysemy of theoretical-conceptual and technical-operative approaches to primary health care (PHC), in tension between the recognition of determinants or health needs as a social right of state responsibility in view of the completeness and the commodification of health in the form of goods restricted to the dictates of neoliberal capitalist society project, hegemonic on the contemporary scene.

KEY WORDS: Job Social Worker's. Primary Health Care (PHC). Unified Health System (UHS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Figura A – Princípios doutrinários ou finalísticos princípios e organizativos ou estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil..... | 36 |
| Quadro A – Abordagens, definições e ênfase dos sistemas de atenção baseados na Atenção Primária em Saúde (APS)..... | 43 |
| Quadro B – Convergências entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária e os princípios éticos fundamentais do assistente social..... | 75 |
| Quadro C – Princípios transversais à Estratégia Saúde da Família (ESF), à Atenção Básica em Saúde (ABS), à Atenção Primária em Saúde (APS), ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios éticos fundamentais do assistente social..... | 80 |
| Quadro D – Principais elementos estruturantes do Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social..... | 86 |
| Quadro E – Categorias temáticas da pesquisa e síntese das respectivas dimensões constitutivas..... | 91 |
| Figura B – Plataforma de pesquisa no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC)..... | 96 |
| Gráfico A – Publicações do Serviço Social sobre o objeto de estudo conforme a frequência de aparição por ano, no período de 2005 a 2012..... | 101 |
| Gráfico B – Publicações totais inscritas e frequência de aparição das publicações sobre o objeto de estudo nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012..... | 102 |
| Quadro F – Índices ou núcleos temáticos e síntese das respectivas dimensões constitutivas utilizadas na exploração do material da pesquisa..... | 104 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico C – Frequências de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012..... | 109 |
| Gráfico D – Frequência de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012..... | 110 |
| Gráfico E – Frequência total de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012..... | 112 |
| Quadro G – Frequência de aparição dos princípios orientadores do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012..... | 125 |
| Quadro H – Frequência de aparição dos princípios orientadores do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012..... | 128 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | CAMINHOS TRILHADOS EM DIREÇÃO À RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL..... | 17 |
| 2.1 | INSTITUCIONALIDADE DA SEGURIDADE SOCIAL E DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE..... | 17 |
| 2.2 | RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 34 |
| 3 | PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E MODELO DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 52 |
| 3.1 | TRABALHO E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL..... | 52 |
| 3.2 | PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE..... | 68 |
| 4 | O PROCESSO DE TRABALHO EM ESPIRAL DA PESQUISA..... | 81 |
| 4.1 | MOMENTO EXPLORATÓRIO: DEFINIÇÃO DOS ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO DE PESQUISA..... | 81 |
| 4.1.1 | Escolha do método, das categorias teórico-metodológicas e das categorias temáticas da pesquisa..... | 87 |
| 4.1.2 | Caracterização do tipo, universo e amostra da pesquisa..... | 91 |
| 4.2 | CONSULTA ÀS FONTES BIBLIOGRÁFICAS: UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 94 |
| 4.3 | TRATAMENTO DO MATERIAL: ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS..... | 99 |
| 5 | CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO SÉCULO XXI..... | 106 |
| 5.1 | O ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 106 |

| | |
|--|------------|
| 5.2 AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE..... | 114 |
| 5.3 PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE..... | 124 |
| CONCLUSÕES: SÍNTESE COMO TOTALIZAÇÃO PROVISÓRIA DA TESE DE DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL..... | 130 |
| REFERÊNCIAS..... | 135 |
| PUBLICAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL..... | 153 |
| APÊNDICES..... | 156 |
| Apêndice A – Ficha bibliográfica de resumo analítico para a coleta de dados da pesquisa no Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC)..... | 157 |
| Apêndice B – Ficha bibliográfica de resumo analítico para a coleta de dados da pesquisa nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)..... | 158 |

1 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS: DA PROPOSIÇÃO DA TESE DE DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

A Tese de Doutorado em Serviço Social tem como objeto de estudo “*as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI na produção teórica do Serviço Social*”. Para a realização da pesquisa que a embasa, definiu-se como recorte histórico o período de 2005 a 2012, sendo o ano inicial coincidente com o ano de lançamento de documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) com posicionamento em direção à renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas (OPAS/OMS, 2005) e o ano final, o mais recente em termos retrospectivos. A aproximação com o objeto de estudo, *em um primeiro momento*, remonta à experiência de inserção profissional na condição de Residente de Serviço Social em equipes multiprofissionais¹ de saúde de nível primário e com menor frequência, de atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), no processo formativo de ensino em serviço com ênfase em “Atenção Básica em Saúde Coletiva” pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) e da Escola de Saúde Pública (ESP²/RS) (2005/2007).

As inquietudes profissionais referentes à forma como eram compatibilizadas as atribuições privativas e competências do assistente social no trabalho desenvolvido integrando equipes multiprofissionais na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) foram canalizadas, *em um segundo momento*, à experiência acadêmica com o ingresso no Curso de Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2007/2009). Lançando mão da experiência da pesquisa de campo com assistentes sociais que trabalharam em unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o ano de 2007, no município de Porto Alegre, capital do Estado do Grande do Sul (RS), identificou-se que os processos de trabalho nos quais participam os assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde coletiva, configuravam-se pela fusão de práticas tradicionais e conservadoras com ações inovadoras e críticas, que informam as

¹ Constituídas por profissionais preceptores, supervisores e residentes das áreas de: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (ESP/RS, 2008).

² 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) (ESP/RS, 2008).

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 (CAMARGO, 2009).

A adoção pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para organizar a atenção básica – concebida como arranjo tipicamente brasileiro – no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em território nacional, tem como pano de fundo as políticas de minimização do Estado interventor no campo social, fundamentado no referencial teórico neoliberal, em um contexto marcado pela intensificação da focalização e privatização da saúde e pelo progressivo distanciamento dos cuidados primários estabelecidos na Declaração de Alma-Ata. Em meio à polissemia de abordagens adotadas pelos diferentes países para conceber e operacionalizar a Atenção Primária em Saúde (APS), em meados da primeira década do século XXI, as principais agências de abrangência internacional e mundial de saúde mobilizaram as Américas em prol da renovação da atenção primária. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizaram o investimento em recursos humanos como questão essencial e uma das barreiras enfrentadas para a implementação da Atenção Primária em Saúde (APS), desde Alma-Ata (OPAS/OMS, 2005).

Depois de citar estudos sobre os tipos de profissionais que constituem as experiências de Atenção Primária em Saúde (APS) em diversos países, Starfield (2002, p. 163) observou que “[...] nenhum estudo examinou o potencial de profissionais não médicos para realizar ou contribuir com as funções da atenção primária”. A autora descreve as práticas desenvolvidas pelos profissionais médicos, subespecialistas e profissionais não médicos, enumerando três tipos de funções para estes últimos. O primeiro tipo desempenha o que denomina de função ‘suplementar’ “[...] que amplia a eficiência do médico ao assumir parte das tarefas, geralmente aquelas que são de natureza técnica e, comumente, sob a orientação do médico” (*ibid.*, p. 162). No segundo tipo, os profissionais não médicos atuam como ‘substitutos’, prestando serviços geralmente prestados por médicos (*id.*). No terceiro tipo, também de caráter ‘suplementar’, os profissionais não médicos “ampliam a efetividade dos médicos fazendo coisas que os médicos não fazem, fazem mal, ou fazem relutantemente” (*id.*).

A aliança das informações concernentes à ausência de clareza quanto à abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) utilizada no Brasil, assim como a respeito do trabalho realizado pelo assistente social nesse espaço sócio-ocupacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se fez fio condutor da construção do Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de

Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2010-2013), justificando a relevância acadêmica e social da formulação do problema de pesquisa “*como a produção teórica do Serviço Social expressa as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI?*”, tendo em vista o alcance do objetivo geral de “*explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI*”.

Nesse contexto, a Tese de Doutorado em Serviço Social encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste nas considerações introdutórias ao objeto de estudo. No segundo capítulo, de revisão teórica, percorrem-se os caminhos trilhados da institucionalidade da seguridade social e do direito social à saúde em direção à renovação da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil no século XXI, em seus vínculos indissociáveis com as metamorfoses do modo de produção capitalista. De maneira semelhante, no terceiro capítulo, de revisão teórica, contemplam-se as transformações no mundo do trabalho em curso desde o final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX na sociedade capitalista contemporânea, articuladamente com o processo de renovação crítica da profissão, a adoção das novas diretrizes curriculares para os cursos de formação profissional em Serviço Social, a caracterização do modelo de atenção em saúde vigente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as convergências com o projeto ético-político profissional do Serviço Social e as abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS).

No quarto capítulo, dedica-se à apresentação do processo de trabalho em espiral da pesquisa bibliográfica, do tipo explicativo, com abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas historicidade, totalidade, contradição e mediação articuladas às categorias temáticas trabalho do assistente social, projeto ético-político profissional do Serviço Social, Atenção Primária em Saúde (APS), Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo de atenção em saúde, inspiradas no referencial teórico do Serviço Social, da Saúde Coletiva e nas publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS), e às categorias empíricas emergentes na reconstituição da realidade profissional. Utilizaram-se *fichas bibliográficas de resumo analítico* como instrumentos de coleta de dados sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) junto às fontes bibliográficas constituídas pelo Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) e pelos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em

Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), no período de 2005 a 2012, cujos resultados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo com corte temático.

No quinto capítulo recorre-se à reconstituição da realidade profissional, procedendo-se ao tratamento, à inferência e à interpretação dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa, submetendo-os à análise de conteúdo com corte temático, a partir dos quais se constroem respostas aos questionamentos acerca de como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social e os princípios orientadores do trabalho do assistente social nesse espaço sócio ocupacional, explicitando-se as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no século XXI. Por fim, tecem-se as conclusões, na condição de síntese como totalização provisória da Tese de Doutorado em Serviço Social.

2 CAMINHOS TRILHADOS EM DIREÇÃO À RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

É impraticável abordar os caminhos trilhados em direção à denominada renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, sem considerar a devida mediação do processo de institucionalidade da saúde como política pública e direito social, articuladamente ao processo sócio-histórico de desenvolvimento nacional. Entretanto, seria redundante tanto dedicar-se ao resgate da constituição histórica da política de saúde na totalidade – tendo em vista a amplitude e a complexidade com as quais se encontra registrada em produções teóricas de autores provenientes tanto da Saúde Coletiva quanto do Serviço Social, além das publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS) brasileiro –, quanto ao processo sócio-histórico de desenvolvimento do País – apresentado em produções de autores provenientes das mais diversas categorias profissionais –. Diante disso, neste capítulo, trata-se sumariamente quanto à institucionalidade da seguridade social e do direito social à saúde no processo sócio-histórico de desenvolvimento do País e privilegiam-se os principais elementos que perpassam à constituição histórica do escopo teórico-conceptual e técnico-operativo da abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) em nível internacional, com repercussão nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no corrente século XXI, em seus vínculos indissociáveis com as metamorfoses do modo de produção capitalista.

2.1 INSTITUCIONALIDADE DA SEGURIDADE SOCIAL E DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

A proteção social implica um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam à proteção da vida humana, materializadas no atendimento das necessidades básicas sociais e na assistência à privação de direitos sociais. É conquista social tecida na busca “[...] pela igualdade social e pelo reconhecimento das condições que originam as desigualdades na sociedade capitalista e dos conflitos que se estabelecem na relação capital-trabalho” (MENDES, WÜNSCH, COUTO, 2011, p. 277). Assim sendo, o processo contraditório de garantia e, concomitantemente, de negação dos direitos sociais através da ampliação ou redução do rol de políticas sociais no âmbito da proteção social, apresenta estreita relação

com as metamorfoses³ do modo de produção capitalista e a maneira pela qual a sociedade se relaciona num determinado estágio de desenvolvimento histórico.

Por um lado, o papel historicamente desempenhado pelo Estado na proposição e gestão da proteção social, diz respeito à efetivação de políticas sociais na condição de estratégias de mediação da reprodução da força de trabalho propícias aos interesses do capital, na trama de relações estabelecidas com o mercado e a sociedade civil. Nessas condições, as políticas sociais se destinam ao “[...] processo de reprodução da força de trabalho através de serviços e benefícios financiados por fundos a eles destinados” (FALEIROS, 2000, p. 43). Por outro lado, a proteção social é também “[...] 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” (MOTA, 2004, p. 01-02). Nessa lógica, as políticas sociais emergem como fruto dos conflitos e interesses de classes sociais⁴, da absorção parcial das reivindicações da classe trabalhadora por parte do capital e dos encaminhamentos realizados em parceria com a ação estatal.

À luz da dialética crítica, deve-se abdicar de interpretações unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas acerca das políticas sociais, apreendendo-as como processo e resultado “[...] de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação” (BEHRING, 2009, p. 03-04). Para tanto, faz-se necessário problematizar a gênese da proteção social, bem como das políticas sociais, sob a contraditória “[...] mescla de conformismo e resistência” (CHAUÍ, 1986, p. 43), que lhes são fundantes, extraíndo-se “[...] do movimento da sociedade burguesa, em geral e também nas manifestações particulares nos Estados nacionais” (BEHRING, 2009, p. 03-04), os elementos históricos e sociais que as caracterizam.

As formas embrionárias de proteção social e institucionalidade da seguridade social atrelam-se às medidas europeias constituídas na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, estágio em curso desde o último quartel do século XIX, que atingiu maturidade

³ Haja vista os movimentos cíclicos de crise e reconfiguração do modo de produção capitalista, ao longo do processo histórico, a palavra metamorfose não se trata apenas de “[...] uma metáfora empregada para sugerir que a perenidade da substância permanece sob a mudança de seus atributos. Ao contrário: uma metamorfose faz as certezas tremerem e recompõe a paisagem social. Porém, ainda que fundamentais, as grandes mudanças não representam inovações absolutas quando se inscrevem no quadro de uma mesma problematização [...]” (CASTEL, 1999, p. 28-29).

⁴ Embora seja difícil construir um conceito unívoco de classe social que obtenha consenso entre os diversos autores, é comum entre eles que as classes sociais são uma consequência das desigualdades existentes na sociedade (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2002).

após a Segunda⁵ Guerra Mundial (SWEEZY, 2004), com a instauração do Estado de Bem-Estar Social⁶. Com base no referencial teórico *keynesiano*⁷ e no modelo de gestão e organização do trabalho de inspiração *taylorista*⁸-*fordista*⁹, esse período caracterizou-se pela ampliação dos sistemas de proteção social como produto das negociações entre empresas, sindicatos de classes trabalhadoras e instituições do Estado, tornando-se este último o responsável pela regulação das relações econômicas e sociais. Nesses termos, o Estado passa a intervir diretamente no processo de valorização do capital, redefinem-se as suas relações com as classes sociais e reestruturam-se as práticas das suas instituições. Enquanto no contexto europeu priorizaram-se os sistemas públicos de proteção social de forma ampla e universal, com destaque para as iniciativas da Alemanha¹⁰ e Inglaterra¹¹, no cenário norte-americano privilegiou-se um sistema misto entre o setor público e o privado (MOTA, 2005).

De maneira adversa, na América Latina, a emergência da proteção social remonta à instituição da nacionalidade, esfera estatal, cidadania e implantação do capitalismo. Apesar de ganhar emergência pública e convergir com a concepção clássica europeia, denota da necessidade de enfrentamento à questão social¹², inicialmente com o tema indígena e da formação nacional, desdobrando-se e particularizando-se nas questões: negra, rural, operária e da mulher (WANDERLEY, 2004). Historicamente, alguns vieses presentes na constituição da proteção social em países latino-americanos, a exemplo da ausência de mediação dos direitos sociais, da redução destes à intencionalidade e das respostas repressivas à questão social, fizeram com que a seguridade social e as políticas sociais fossem “[...] quase sempre vítimas

⁵ Trata-se de uma guerra global, levada a cabo no período de 1939-1945, envolvendo praticamente todos os Estados independentes do mundo, embora as repúblicas da América Latina tenham participado de forma mais nominal (HOBSBAWN, 1995).

⁶ Também denominado de Estado-Providência ou *Welfare State*.

⁷ Termo utilizado em referência ao economista britânico John Maynard Keynes (1883-1946), cujas teorias sobre emprego estudos, ciclo econômico e políticas, conduziram a novas estratégias de relacionamento e intervenção do Estado no conjunto das atividades econômicas (SANDRONI, 2003).

⁸ Termo utilizado em referência ao engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor, considerado o “pai” da Administração Científica e responsável pela criação de um conjunto de teorias para o aumento da produtividade do trabalho fabril (SANDRONI, 2003).

⁹ Termo utilizado 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).

¹⁰ O sistema previdenciário alemão implantado entre 1883 e 1889 por Otto Von Bismarck articulava um conjunto de intervenções com base em programas de seguro obrigatório contra a doença, a velhice e a invalidez, que, posteriormente, passaram a atender outras categorias de trabalhadores através da progressiva intervenção do Estado nas relações de trabalho industrial (PEREIRA, 2001; BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 2002).

¹¹ Promulgou em 1.601, a *Poor Law*, “Lei dos Pobres”, que instituía uma taxa para os pobres e um sistema de subsídio em dinheiro, que adquiriu *status* de direito social na década de 40 do século XX, a partir da difusão do *Keynesianismo* nos países capitalistas (PEREIRA, 2001; BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 2002).

¹² O desdobramento da questão social envolve “[...] a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 126).

da ação ou da omissão dos governos [...], despreocupados com os interesses da grande maioria dos habitantes e muito preocupados com os interesses dos grupos econômicos e financeiros da América Latina ou de fora dela” (VIEIRA, 2004, p. 78).

À medida que se inscreve nos direitos traduzíveis em políticas sociais, a proteção social contempla também a consolidação da cidadania. Por sua vez, a consolidação da cidadania encontra-se embasada na concepção de conquista dos direitos sociais. Ao empreender seus estudos sobre o desenvolvimento da cidadania na Inglaterra, Marshall (1967) indica que os direitos se constituíram na ordem: civis, políticos e sociais, coincidindo com os séculos XVIII, XIX e XX. Quanto à gênese dos direitos sociais, destacam-se as ideias que visam equipará-la à resultante do movimento organizativo da sociedade civil, conquista histórica da luta de classes, ainda que a institucionalidade jurídica, por si só, não seja capaz de garantir a consolidação dos direitos sociais (COUTO, 2009). Em nível nacional, o surgimento e a expansão da proteção social orientaram-se na lógica de expansão e legitimação da ordem burguesa, imbricados com o processo de acumulação do capital e seus modos de gestão e organização da força de trabalho, a capacidade de resistência social dos trabalhadores e a ação corporativa e estatal diante de tais correlações de forças. Portanto, a proteção social se expressa como “[...] mediações da representação entre o Estado e a sociedade e se consolida como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir do reconhecimento da classe trabalhadora como ator político fundamental para a produção e reprodução dessa sociedade” (MENDES, WÜNSCH, COUTO, 2011, p. 276).

Paralelamente aos processos de urbanização e industrialização, precarizaram-se as condições de trabalho nas empresas industriais que se aglutinavam nos principais centros urbanos. O esgotamento do ciclo do trabalho baseado na mão de obra escrava, a inspiração do pensamento liberal, a centralização do poder na aliança política dos latifundiários e bloco agrário-exportador e a eclosão da Primeira¹³ Guerra Mundial, abalaram a economia exportadora brasileira, possibilitando o ingresso de capital externo e a instalação de indústrias estrangeiras (DIAS, 2007). Os trabalhadores passaram a aglomerar-se em habitações insalubres nas proximidades das instalações industriais, em locais parcial ou totalmente desprovidos de saneamento básico. As condições de higiene e segurança nas indústrias eram precárias, estando, na maioria das vezes, instaladas em prédios adaptados, nos quais frequentemente se registravam acidentes. Não havia regulamentação de direitos trabalhistas,

¹³ Conhecida como a “Grande Guerra”, tanto que se adotou a denominação de Primeira Guerra Mundial somente depois da ocorrência da Segunda Guerra Mundial, foi levada a efeito no período de 1914-1918, envolvendo todas as grandes potências e todos os estados europeus, com exceção da Espanha, dos Países Baixos, dos três países da Escandinávia e a Suíça (HOBSBAWN, 1995).

estando os trabalhadores sujeitos à autoridade dos empregadores, dependentes de recursos provenientes do seu próprio custeio ou da caridade. Os salários pagos à força de trabalho eram insuficientes para garantir a subsistência das famílias, situação que desencadeou o ingresso de mulheres e crianças no mercado de trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004).

A luta centrada na garantia de direitos trabalhistas¹⁴ adquire relevância com o fortalecimento do movimento operário, a partir da segunda década do século XX, quando as empresas passaram a ser responsabilizadas pelos acidentes¹⁵ de trabalho, primeira modalidade de seguro¹⁶ de acidentes de trabalho no Brasil (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004). Inicialmente, a resposta do Estado à questão social, cujo aparecimento diz respeito à “[...] generalização do trabalho livre¹⁷ numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado recente [...]” (*ibid.*, p. 125), deveu-se à preocupação em diminuir a tensão social face às novas relações de produção. Posteriormente, o Estado passou a incorporar parte das demandas da classe trabalhadora, como pré-condição à desmobilização social necessária ao processo de expansão e acumulação capitalista. Logo, o pacto social firmado, apresentava-se mais fortemente implicado com a busca do consenso do que com a exacerbação das divergências históricas das classes sociais.

Na maior parte do século XX, a estruturação da proteção social no País, ancorou-se numa “cidadania regulada” (SANTOS, 1979), mediatizada pela organização do seguro social, momento em que eram considerados cidadãos os trabalhadores do mercado formal de trabalho. No âmago da luta ofensiva da classe trabalhadora e dos revides do capital que, “[...] os sistemas de seguridade são incorporados na ordem capitalista, como mecanismos potencialmente funcionais ao processo de acumulação e afetos ao processo de construção da hegemonia” (MOTA, 2005, p. 131). Atrelava-se, então, o direito social à saúde ao registro formal de trabalho no âmbito da previdência social, materializado através do binômio

¹⁴ Com destaque para: a diminuição da jornada de trabalho, a regulamentação do trabalho da mulher, o direito a férias, a proibição do trabalho infantil, o seguro contra acidentes e doenças, o aumento dos salários, o contrato coletivo de trabalho e o reconhecimento das entidades representativas da classe trabalhadora (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004).

¹⁵ Evento instantâneo, imediato, não intencional, que ocorre no desenvolvimento do trabalho envolvendo pessoas (MENDES, 2011).

¹⁶ Disposto pela Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, de autoria do senador paulista Adolfo Afonso da Silva Gordo (FALEIROS, 2000).

¹⁷ Aquele que se generaliza em “[...] circunstâncias históricas nas quais a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico-social brasileira [...]” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 125).

medicina/trabalho formal. Essa lógica perdurou no período de 1920 a 1980, ancorada em duas formas de atenção em saúde: a medicina previdenciária¹⁸ e a saúde pública¹⁹.

A medicina previdenciária, com cariz privatista, enfatizava a assistência médico-hospitalar e as ações curativas restritas àquelas profissões reconhecidas legalmente, cujos trabalhadores pertenciam ao mercado formal de trabalho. A saúde pública contemplava a vigilância epidemiológica e a promoção do saneamento básico no País, privilegiando o modelo campanhista sanitário, a interiorização das ações para as áreas rurais e a criação dos serviços de combate às endemias (COHN, 1996; COUTO, 2004; BRAVO, 2006; BRAVO; MATOS, 2006a). O complexo médico-sanitário corroborou com o arranjo de tornar a saúde pública uma estratégia de apoio ao desenvolvimento econômico, desencadeando um crescimento das redes de saúde públicas estaduais e municipais e o atendimento de Pronto-Socorro em atenção àqueles excluídos do sistema previdenciário (DIAS, 2007).

Propaga-se a ideia de subordinação do controle da doença e da miséria ao desenvolvimento econômico, evidenciando-se a inversão dos gastos públicos em favorecimento da assistência médica em vez da saúde pública (MERHY; QUEIROZ, 1993). De modo geral, desde os primórdios, constata-se a dependência da proteção social e, conseqüentemente, da política de saúde, aos orçamentos da política econômica vigente, sendo comum que esta não priorize o social. A política social conflita 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” (SILVA, 2004, p. 32). Por política de saúde, compreende-se a resposta social, seja esta de ação ou de 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).

¹⁸ Nesse âmbito, ocorre a unificação e absorção das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) pelos serviços do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes últimos, apesar de estenderem a cobertura para outras categorias profissionais, tiveram redução dos serviços prestados, em virtude do crescimento dos assalariados urbanos. No período de 1950 a 1964, crescem os investimentos da previdência social na assistência médico-hospitalar privada com fins lucrativos. Em 1960, com a institucionalização da previdência social pela Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), uniformizam-se os benefícios prestados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A previdência social torna-se responsável pela assistência médica aos beneficiários e a cobertura adquire caráter universal aos trabalhadores urbanos do mercado formal (COHN, 1996; COUTO, 2004; BRAVO, 2006; BRAVO; MATOS, 2006a).

¹⁹ Com base no objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) de ampliar as responsabilidades do Estado na proteção da saúde da população, cria-se, em 1953, o Ministério da Saúde (MS), com a responsabilidade de organizar as políticas nacionais de saúde, alimentação e nutrição. Entretanto, o desmembramento do extinto Ministério da Educação e Saúde reduziu para um terço o orçamento destinado à saúde, inviabilizando a cobertura universal, deixando a população à margem de qualquer forma de proteção social, em especial, a da área rural. O debate embrionário sobre um modelo de atenção integrando ações individuais e coletivas e ruptura da dicotomia entre a assistência médica e a 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; BRAGA; PAULA, 1981; MERHY; QUEIROZ, 1993).

Indica, portanto, a forma pela qual o Estado reage frente às demandas da população, no sentido de formular propostas que visem à materialização das condições necessárias à efetivação da saúde como direito social.

Com a instauração da ditadura militar brasileira, alteraram-se significativamente as manifestações sociais em prol de reformas voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, assim como o aprofundamento da discussão sobre as inadiáveis transformações na política de saúde. A forma de governo estabelecida²⁰ incidiu no campo dos direitos sociais, representando, ao mesmo tempo, a derrota das forças democráticas e uma forma de impedir que a resistência social obstaculizasse a eclosão do capitalismo monopolista. Se por um lado, a característica marcante da primeira década do período ditatorial tratou-se da ampliação da medicina previdenciária em detrimento à saúde pública, por outro lado, na segunda década, a tônica foi justamente a contramão dessa proposta. Destacam-se como características:

- **Primeira década do período ditatorial brasileiro (1964-1974):** expansão da cobertura previdenciária e da assistência médica; unificação da previdência social²¹; criação do complexo médico-industrial; interferência estatal na previdência social e disparidade na atenção (TEIXEIRA, 1995; BRAVO, 2006).

No final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, eclode a denominada crise mundial do capitalismo associada ao esgotamento do referencial teórico *keynesiano* de formulação das políticas econômicas e sociais e à saturação do modelo de gestão e organização do trabalho de inspiração *taylorista-fordista*. O primeiro cedeu espaço ao neoliberalismo. O segundo adquiriu características flexíveis do modelo de gestão e organização do trabalho de inspiração *toyotista*²². Na América Latina, o agravamento da inflação, o aumento da dívida externa, o desemprego estrutural, o déficit fiscal e a tendência recessiva da economia, configuraram a crise²³ econômica, repercutindo negativamente nos níveis de saúde da população e requerendo a tomada de posição diante dos problemas sanitários. Os países vinham enfrentando dificuldades devido aos gastos com saúde,

²⁰ Caracterizada pela tomada do poder por forças militares; pelo controle e recesso do Congresso Nacional; pela utilização da força, repressão e perseguição política; e pela censura; em paralelo ao incentivo ao progresso e culto ao ufanismo. Estas ações eram consideradas necessárias à transformação do País em potência econômica e mantê-lo em contato com o capitalismo internacional (COUTO, 2004; DIAS, 2007).

²¹ Através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (1966).

²² Idealizado pelo engenheiro japonês Taiichi Ohno e introduzido na fábrica da Toyota na década de 1950, com ampla difusão na década de 1970, na condição de estratégia capitalista para “[...] fazer frente à crise da produção em massa fordista” (HOLZMANN, 2011, p. 426).

²³ Os elementos que a determinaram relacionam-se às tendências cíclicas de recessão e expansão da economia capitalista, projetando-a como crise global (MANDEL, 1990).

demandando reformas setoriais e configurando-se o cenário de movimento universal em prol da reforma sanitária (MENDES, 1996).

• **Segunda década do período ditatorial brasileiro (1975-1985):** instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS²⁴) (1975); implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS²⁵) (1976); adoção da meta “Saúde para todos no ano 2000” (1977²⁶); criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS²⁷) e Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS²⁸) (1978); criação do Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP²⁹) (1982), surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS³⁰) e Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS³¹) (1983).

Por ocasião da Conferência Internacional de Alma-Ata³² (1978), promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), os cuidados primários de saúde foram considerados a principal preocupação dos sistemas de saúde dos países e parte integrante do desenvolvimento global comunitário, estabelecendo-se a meta “Saúde para todos no ano 2000” (COHN, 1996; FALEIROS, 2000), mediante a necessidade de redução do hiato existente entre o estado de saúde nos países

²⁴ Considerado por Merhy; Queiroz (1993) como um novo espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivo voltadas às populações de baixa renda.

²⁵ Visava à extensão de cobertura da atenção em saúde através da atenção primária no Nordeste rural brasileiro (FELIPE, 1987).

²⁶ Como encaminhamento da 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

²⁷ Órgão responsável pela medicina previdenciária que rapidamente espalhou-se pelos estados brasileiros, incrementando a privatização na saúde e dificultando a condução descentralizada de políticas sociais nas esferas estaduais de governo (DIAS, 2007).

²⁸ Visava à integração das atribuições pertinentes à previdência social rural e urbana e agregar diversos institutos e autarquias existentes, como 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; FALEIROS, 2000; COUTO, 2008).

²⁹ Com o propósito de “[...] criar 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).

³⁰ Sob a forma de programa dentro do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (1982), concretizado através de convênios estabelecidos pelos estados brasileiros, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação e da Cultura (MEC) e Secretarias Estaduais de Saúde, incorporando progressivamente os municípios. Entre avanços e retrocessos, 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).

³¹ Colegiados representativos em âmbito nacional, estadual e municipal, bases constitutivas dos atuais conselhos de saúde (BRASIL, 2003).

³² Cidade da extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atualmente, Cazaquistão.

desenvolvidos e em desenvolvimento. Pela primeira vez³³ definiram-se os cuidados primários de saúde equivalendo-os à principal estratégia para a expansão da cobertura dos serviços e responsabilizaram-se os países pela saúde de suas respectivas populações, por meio de medidas sanitárias e sociais. Equiparou-se a saúde a direito humano fundamental e alcançar o seu mais alto nível tornou-se a mais importante meta social mundial, atrelando-se à sua efetivação, para além do setor saúde, todos os aspectos correlatos do desenvolvimento local e nacional e à ação coletiva de muitos outros setores sociais e econômicos:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em 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 autodeterminação. 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. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 02-03).

No entanto, um ano após, em uma conferência de pequeno porte realizada no Centro de Conferência de Bellagio (1979) na Itália intitulada “Saúde e população em desenvolvimento”, promovida pela Fundação Rockefeller com a presença de representantes do Banco Mundial, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Agência de Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos da América (EUA), da Fundação Ford, do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, dentre outros, interpretou-se a concepção de Atenção Primária em Saúde (APS) da Declaração de Alma-Ata como ampla e idealista e a meta “Saúde para todos no ano 2000” como inviável (CUETO, 2009). Nesse contexto, disseminou-se uma abordagem seletiva de Atenção Primária em Saúde (APS) baseada em “[...] um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar os principais problemas de doença em países pobres” (*ibid.*, p. 1868). Ao passo que a abordagem seletiva da Atenção Primária em Saúde (APS) propunha medidas de impacto de interesse das agências internacionais, aquela originária na Declaração de Alma-Ata pressupunha ações integrais e mudanças estruturais. O debate teórico-conceitual envolvendo ambas as

³³ A utilização da Atenção Primária em Saúde (APS) como forma de organização dos sistemas de saúde é anterior à referida data, uma vez que remete ao “[...] Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade” (MATTA; FAUSTO, 2007, p. 44).

abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) percorreu as décadas de 80 e 90 do século XX, sendo o cariz técnico-operativo favorável à seletiva, devido à ampla disseminação, ao favorecimento da maioria das agências internacionais e à influência destas nos países em desenvolvimento. No caso dos países da América Latina, ainda que muitos tenham formalmente endossado a Declaração de Alma-Ata, não realizaram reformas tangíveis, restringindo-se à inclusão de programas de cuidados primários em suas estruturas fragmentadas (CUETO, 2004).

Não obstante às orientações da Declaração de Alma-Ata, aprovaram-se inúmeras resoluções, dentre as quais, que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) deveriam seguir apoiando estratégias nacionais de cuidados primários de saúde. Estas recomendações foram aprovadas na Assembleia Mundial de Saúde (1979) e acatadas pelo governo brasileiro, fazendo referência à relação entre saúde e desenvolvimento (NUNES, 1994). Na sequência, promoveu-se a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1980), com o tema “Serviços Básicos de Saúde”, na qual se discutiram a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE³⁴) e a regionalização, organização e articulação dos serviços básicos e especializados, visando à garantia de maior racionalidade ao sistema. Mas, devido a restrições orçamentárias e operacionais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), acabou não se efetivando, sendo alcunhado ‘natimorto’ por Felipe (1987).

Apesar das reformas na estrutura organizacional da proteção social, em particular, nas formas de organização, planejamento e efetivação da atenção em saúde, as limitações conjunturais obstaculizaram alterações expressivas na participação da previdência social por meio de ações médicas curativas orientadas pelo setor privado, em cujo âmbito se idealiza a reordenação do setor saúde. Instaura-se a crise financeira da previdência social em consequência das políticas econômicas recessivas, identificando-se como focos geradores a assistência médica e o acirramento do fracionamento de interesses adversos na política de saúde (MENDES, 1993, BRAVO, 2006; DIAS, 2007), aspectos que provocaram a retração dos gastos com saúde na previdência social, demandando a reorientação do sistema médico-assistencial e a priorização das ações no setor público. Perante o anúncio governamental da

³⁴ As 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, 2007) são exemplos de tentativas nesse âmbito.

crise³⁵ econômica e da sua incapacidade de financiá-la, amplia-se a mobilização social em prol da formulação de uma nova concepção de saúde com significativas alterações nas formas de organização e gestão, num esforço promissor de equipará-la à condição de política pública de responsabilidade do Estado.

Os movimentos sociais que vinham se rearticulando, ampliaram as reivindicações de soluções para os problemas no âmbito da saúde pública e atenção médica previdenciária. Com a aglutinação de segmentos associados à medicina preventiva, medicina social e saúde pública, a resistência social diante das questões sanitárias ganhou novos contornos (NUNES, 1994; MENDES, 1996). Nesse ínterim, o Movimento de Reforma Sanitária, enquanto um “[...] movimento ideológico com uma prática política” (BRASIL, 2007, p. 27), além de contestar o regime ditatorial, avança em propostas de fortalecimento do setor público em detrimento do privado e construção de uma nova agenda para a saúde. Dessa forma, desempenhou especial papel em prol das políticas públicas e do redimensionamento da relação entre Estado e sociedade civil, sendo suas bases³⁶ constitutivas coincidentes com a retomada da cena política pelos grandes movimentos grevistas, ressaltando de forma particular o protagonismo das organizações sindicais (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Paulatinamente, o Movimento de Reforma Sanitária, na condição de “[...] processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos [...]” (MENDES, 1993, p. 42), politizou-se, ocupando espaços de discussão e planejamento de políticas de saúde, passíveis de influenciar e serem adotadas por governos, ganhando vigor em face à transição para a redemocratização do País. Assim, o Movimento de Reforma Sanitária envolveu 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).

O anúncio governamental da crise econômica do Estado e da sua incapacidade de arcá-la potencializa a mobilização social em torno de uma nova concepção de saúde, a partir de um esforço coletivo e promissor de equipará-la à política pública de responsabilidade do Estado, envolvendo uma lógica hierarquizada de organização e prestação dos serviços e comando

³⁵ Diferentes abordagens científicas têm sido utilizadas para explicar a denominada crise dos anos 1980. Contudo, preponderam as abordagens embasadas na perspectiva de que para além de crise econômica, trata-se de uma crise societal (global), o que difere de crise geral (do capital). Enquanto a primeira remonta à crise da sociedade contemporânea, ao esgotamento de velhos padrões e um novo que ainda não se põe, a segunda se refere à crise de esgotamento do capitalismo por determinações econômicas (MOTA, 2005).

³⁶ Registre-se a influência do “Modelo Operário Italiano” irrompido na Itália na década de 70 do século XX, em meio aos movimentos renovadores que eclodiam na Europa, nas lutas democratizantes e em prol da reforma sanitária, vivenciadas nos países da América do Sul e Central (FRIAS JÚNIOR, 1999).

único em território nacional. Nesses termos, no Brasil, a década da crise é também a década da redemocratização. A primeira, “[...] veio gradativamente minando os recursos disponíveis para o gasto social, a segunda impulsionou movimentos generosos de reformas do seu sistema de proteção” (DRAIBE, 1993, p. 22). As contradições evidenciadas em contextos de crise expressam-se no desejo de emancipação e nas ambiguidades do ser social, em sua capacidade de conformar ao resistir e resistir ao conformar, salientando sua natureza dialética, pois “[...] nunca são dados, são postos por práticas sociais e históricas determinadas, por formas de sociabilidade, da relação intersubjetiva, grupal, de classe, da relação com o visível e o invisível, com o tempo e o espaço, com o possível e o impossível, com o necessário e o contingente” (CHAUÍ, 1986, p. 122).

O processo de politização sanitária permitiu trilharem-se caminhos decisivos em direção à institucionalização da seguridade social e, em particular, da saúde como direito social de responsabilidade do Estado. A saúde como direito social de responsabilidade do Estado, associada ao acesso universal e igualitário, à participação e ao controle social, constituiu-se em tema amplamente debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), realizada na cidade de Brasília/DF (BRASIL, 1986; MENDES, 1993). Nesse ano e no subsequente, organiza-se uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta por técnicos, representantes governamentais e sociedade civil, autora de uma coletânea de documentos em defesa da Reforma Sanitária como um processo para viabilizar, no menor prazo possível, a superação do quadro sanitário do País (MENDES, 1993). Para incorporar algumas proposições do Movimento de Reforma Sanitário, constitui-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS³⁷), o qual alterou o papel do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS³⁸) e contribuiu para superar a cisão histórica entre saúde pública (Ministério da Saúde) e medicina previdenciária (Ministério da Previdência e Assistência Social) (BRASIL, 2007; DIAS, 2007), bem como a posterior implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo processo:

[...] Tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde [...] (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 01).

³⁷ Criado pelo 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, 2003, p. 241; BRASIL, 2007).

³⁸ Deixa a prestação de serviços para dedicar-se às funções de planejamento, programação orçamentária e acompanhamento do sistema de saúde (BRASIL, 2007; DIAS, 2007).

Na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, a Constituição Federal (CF) (1988), e após inúmeros acordos políticos, acolheram-se parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária e principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), levando ao reconhecimento da saúde como direito social com garantia atribuída ao Estado, integrante da seguridade social brasileira, ao lado das políticas de previdência e assistência social (BRASIL, 1988). O *status* de direito social adquirido pela saúde, demanda a garantia desta como um 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). Nessa mesma direção, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (1990), pautado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) representada pela Lei n. 8.080 – que trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços – e pela Lei n. 8.142 – que versa sobre a participação da comunidade (controle social³⁹) na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde –, relacionando-se a saúde a um conjunto de fatores determinantes e condicionantes:

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).

Todavia, na contramão das conquistas atinentes à promulgação da Constituição Federal (CF) (1988), à institucionalidade da seguridade social e do direito social à saúde e à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (1990), diante do apelo neoliberal à minimização da intervenção estatal na efetivação dos direitos sociais, reordenam-se as políticas sociais brasileiras e reatualiza-se a subordinação destas à política econômica. Generaliza-se a utilização do termo contrarreforma 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 a reabertura democrática, a utilização de recursos como: a apelação midiática à privatização de estatais; as denúncias das mordomias do funcionalismo público e da corrupção; o déficit da previdência social; e o

³⁹ Efetiva-se através de instâncias deliberativas de constituição paritária (Estado e sociedade civil), representados pelas conferências e conselhos de saúde em âmbito federal, estadual e municipal.

engajamento no esforço de desmobilizar a resistência dos segmentos sociais organizados e integrá-los à nova ordem econômica; foram fatores considerados responsáveis pela elevação do candidato direitista Fernando Collor de Melo⁴⁰ à presidência do Brasil (MOTA, 2005).

A influência do neoliberalismo⁴¹ no plano político e econômico associada às dificuldades de organização da classe trabalhadora, repercutiu na regressão e no cerceamento de direitos sociais historicamente conquistados, característica marcante no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)⁴². Dentre as consequências, destacam-se: a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o declínio da escola pública, a privatização do ensino, a mudança no perfil da universidade, o desemprego estrutural, a precarização e desregulamentação do trabalho, o desmonte da previdência social, o sucateamento da saúde e o corte do número de funcionários públicos (BRAVO, 2000). Essa configuração deu vazio ao espraiamento das Organizações Não Governamentais (ONGs), como alternativa diante do incitado descrédito de efetividade do serviço público estatal. Do ponto de vista privado as reformas estabelecidas nesse governo foram racionalizadoras e eficientes. Mas, do ponto de vista social, não houve motivos para comemorações (COSTA, 2003). O viés econômico:

[...] Ganhou destaque na agenda dos organismos de cooperação internacional e passou a orientar as propostas de instituições como o Banco Mundial, principal difusor das ideias de focalização e seletividade das ações dos governos no campo das políticas sociais, especificamente na saúde. O Banco Mundial defendia as “cestas básicas” de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde (MATTA; FAUSTO, 2007, p. 51).

Na década de 90 do século XX, as agências internacionais, a exemplo do Banco Mundial, assinalaram a necessidade de os países das Américas lutarem contra a pobreza e investir em saúde, influenciando na criação de um pacote de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) de caráter seletivo. Pautada em princípios neoliberais, destoantes daqueles do Movimento de Reforma Sanitária, firma-se como função do Estado a garantia de condições mínimas de saúde àqueles que não dispunham de recursos para pagá-la, tornando-se prerrogativa do setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores, isto é, do “[...] cidadão cliente, consumidor de serviços de organizações, numa perspectiva empresarial”

⁴⁰ Presidiu a República Federativa Brasileira no período de 15 de março de 1990 a 29 de dezembro de 1992, ocasião em que deixou o cargo por *impeachment*.

⁴¹ O neoliberalismo apresenta como princípios básicos “[...] 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).

⁴² Presidiu a República Federativa Brasileira por dois mandatos consecutivos, no período de 1995 a 2002.

(BEHRING, 2003, p. 259). Apesar da radicalização da desigualdade social, da diminuição da oferta de vagas de trabalho no mercado formal e do desemprego estrutural⁴³, 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). Não se tratava, pois, de um embate exclusivo ao direito social à saúde⁴⁴, mas de certa crise generalizada e comum à restrição da proteção social, da seguridade social, das políticas sociais e dos direitos sociais:

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).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (1991), caracterizado como o elo entre a comunidade e a equipe que se responsabiliza pela atenção básica em saúde de uma área adscrita⁴⁵, teve como objetivo central “[...] contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas” (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 231). Aliado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF) (1994), unidade pública de saúde destinada à realização de “[...] 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), integra as reformas na organização política de saúde brasileira no contexto pós Movimento de Reforma Sanitária com o intuito de “[...] estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada” (MATTA; FAUSTO, 2007, p. 58). De acordo com a proposição governamental, a composição do Programa Saúde da

⁴³ O desemprego aliado à minimização da responsabilidade estatal na garantia dos serviços e direitos sociais leva ao aumento da pobreza e miséria e compromete os direitos sociais e humanos (IAMAMOTO, 2001).

⁴⁴ Um exemplo da crescente articulação da saúde à lógica do mercado, representada numa espécie de consenso em torno da mercantilização da saúde, consiste na Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 32, de 28 de março de 1995, que propunha a substituição da ideia de universalização e gratuidade da prestação de serviços de saúde como direito social e dever do Estado, por outro regime a ser estabelecido em lei, alterando-se o art. 196 da Constituição Federal (CF) (1988) (BRASIL, 1995). Correa (2006) ressalta o importante papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas mobilizações exitosas contra a aprovação da mesma.

⁴⁵ Estimativa populacional de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas (BRASIL, 2008a).

Família (PSF) necessita contemplar uma equipe com no mínimo “[...] um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (BRASIL, 1997, p. 13). Nesses termos, o Programa Saúde da Família (PSF), é considerado:

O primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contrarreferência 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).

A concepção do Programa Saúde da Família (PSF) associa-se à estratégia de torná-lo um instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da municipalização, definindo a implantação, prioritariamente, nas áreas de risco identificadas pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) no denominado “Mapa da Fome” (VIANA, DAL POZ, 2005). Apesar da denominação recebida, o Programa Saúde da Família (PSF), por suas particularidades “[...] foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde [MS], já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde” (BRASIL, 1997, p. 08). Trata-se de uma estratégia de organização e fortalecimento da atenção básica, na condição de primeiro nível de atenção à saúde, que busca “[...] a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde” (SILVEIRA FILHO, 2005, p. 14). Desde a implantação, a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) passou de 55 (1994) para 5.298 municípios, em junho do ano de 2013 (MS/SAS/DAB, 2013).

Em que pese à retórica governamental sobre o Programa Saúde da Família (PSF) constituir-se em estratégia de reorganização do modelo tradicional de atenção em saúde, cuja ênfase residia na assistência médica, a proposição de composição de uma “equipe mínima” nos moldes apresentados, é reveladora de contradição estruturante (CAMARGO, 2009). O Ministério da Saúde (MS) não coíbe a inclusão de outras categorias profissionais de saúde de nível superior nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), deixando tal possibilidade em aberto, de acordo com as necessidades e características dos serviços de saúde locais. O problema reside no fato de que o financiamento garantido pelo Ministério da Saúde (MS) restringe-se à “equipe mínima” nominada. Soma-se a isso, a crítica ao foco da atenção em saúde no âmbito desses programas, tal como a formulada por Nogueira; Miotto (2006), ao argumentar a respeito da inserção do Serviço Social no campo da saúde:

[...] A desqualificação a que se encontram submetidos os aspectos relacionaos ao *social*⁴⁶, desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde, em andamento, de âmbito nacional. Podemos citar como exemplo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, onde, dentre suas atribuições estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários. Merece também destaque a própria supervisão do Programa, atribuída ao enfermeiro. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinalizando para uma visão reducionista da área contrapõe-se à concepção ampliada de saúde presente na Constituição Federal (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 02).

No período de 1995 a 1997, através do processo de fusão, ambos os programas⁴⁷ passaram a compor a Estratégia Saúde da Família (ESF⁴⁸), abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento ou assistência e reabilitação com vistas à mudança do modelo de atenção em saúde e adotando os mesmos princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social (SILVEIRA FILHO, 2005). A posição marginal dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) dentro do próprio Ministério da Saúde (MS) levou-os, num primeiro momento, a assumir um perfil segmentado. Ambos estavam vinculados à Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob a responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. Essa condição se alterou com a mudança na vinculação instituição, mediante a transferência dos programas para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ligada diretamente ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (MATTA; FAUSTO, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) ganha visibilidade e se legitima no Ministério da Saúde (MS), devido à sua indicação e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além de outros programas na área da saúde, como prioridade de implantação “nos municípios carentes” pelo extinto Programa Comunidade Solidária, criado no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) para articular os programas sociais voltados às populações “mais carentes”, funcionando como Secretaria Executiva ligada ao Gabinete Civil da Presidência da República (VIANA; DAL POZ, 2005). O debate quanto às abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) ganha expressão no contexto político e acadêmico do País a partir da definição e a implementação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de

⁴⁶ Grifo das autoras.

⁴⁷ A Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96) estabelece, dentre outros, as responsabilidades entre estados e municípios, as modalidades de gestão municipal da saúde: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, o Piso de Atenção Básica (PAB) e a Programação Pactuada Integrada (PPI).

⁴⁸ Diferentemente da noção de programa, associado à atividade com previsão de início, meio e fim, a noção de estratégia é mais abrangente.

Saúde (NOB/SUS-96⁴⁹), nos anos de 1996 e 1998, respectivamente, a partir das quais o governo federal passou a realizar incentivos financeiros para a implantação e expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), em território nacional (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

2.2 RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O atual Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro constitui-se pela “[...] conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011a, p. 02), em três níveis de atenção: básica⁵⁰ ou primária, secundária⁵¹ ou de média complexidade e terciária⁵² ou de alta complexidade. Tem como principal objetivo o de garantir maior eficiência na utilização dos recursos, universalização do acesso e equidade na atenção, extrapola a concepção minimalista de saúde estrita ao acesso a serviços e tratamentos médicos ou à medicalização⁵³, reconhece as necessidades de saúde e sobre estas os rebatimentos da centralidade do trabalho e das transformações societárias. Orienta-se nos denominados princípios doutrinários ou finalísticos: universalidade, equidade e integralidade, juntamente com os princípios organizativos ou estratégicos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação⁵⁴ popular.

⁴⁹ Define e estabelece as responsabilidades entre estados e municípios, as modalidades de gestão municipal da saúde: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, o Piso de Atenção Básica (PAB) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), dentre outros (BRASIL, 1996).

⁵⁰ Conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2009b).

⁵¹ Ações e serviços de atenção aos 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, 2009b).

⁵² Conjunto de procedimentos que implicam alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009b).

⁵³ Bravo (2000) utiliza o termo em referência à prática clínica por meio de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública.

⁵⁴ Vale ressaltar que, a concepção de participação defendida nos anos 1980, recorre à gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada, isto é, à “[...] interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Está relacionada à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo no horizonte uma nova relação Estado-Sociedade com a ampliação dos canais de participação direta” (BRAVO, 2009, p. 04).

[...] Os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como ‘imagem-objetivo’ de um processo de reforma do sistema de saúde ‘herdado’ do período anterior, um ‘sistema de saúde’, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados ‘princípios finalísticos’, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados ‘princípios estratégicos’, que dizem respeito a diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam ‘como’ deve vir a ser construído o ‘sistema’ que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios são [...] a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011, p. 02).

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) 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. A atenção em saúde à qual se faz referência é compreendida sob dois enfoques: como *resposta social* aos problemas e necessidades de saúde, à medida que se insere “[...] 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); e como *serviço* compreendido no interior da produção, distribuição e do consumo, situado no “[...] setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado” (PAIM, 2004, p. 15). Com base em publicação de autoria do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001a), pode-se apreender os **princípios** doutrinários ou finalísticos e os princípios organizativos ou estratégicos **do Sistema Único de Saúde (SUS)**, ilustrados na Figura A, de acordo com a sistematização:

- **Universalidade:** acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, independentemente das características pessoais ou sociais dos sujeitos, o que requer a extensão da cobertura dos serviços de saúde tornando-os acessíveis a toda a população.

- **Equidade**⁵⁵: atendimento às necessidades reais da população, forma de prestação de tratamento desigual aos sujeitos constitutivamente desiguais, se torne efetivamente um princípio de justiça social e possa contribuir para a diminuição das desigualdades sociais.

- **Integralidade**⁵⁶: integração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Pressupõe integração e intersetorialidade⁵⁷ nos processos de trabalho em saúde tendo em mira o sujeito em sua totalidade histórica.

⁵⁵ Implica na igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos (BRASIL, 2009).

⁵⁶ Pressupõe a superação da atenção focalizada num recorte de ações, doenças ou especialidades, abrangendo o ser social em sua inserção familiar e comunitária (BRASIL, 2009).

⁵⁷ Estratégia política complexa, cujo resultado é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. 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, 2009, p. 193).

• **Regionalização e hierarquização:** organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de atenção ou complexidade, circunscritos a determinado território, planejados conforme critérios epidemiológicos, sob o conhecimento e análise sistemáticos da população usuária, com incorporação de fluxos de encaminhamentos (referência) e retorno de informações à atenção básica (contrarreferência) em suas rotinas de trabalho.

• **Descentralização e comando único:** responsabilidade descentralizada até o nível municipal, dotando-o de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer tal função. Cada esfera de governo autônoma é soberana em suas decisões e atividades, desde que respeite os princípios gerais e a participação da população.

• **Participação popular:** controle social⁵⁸ da população e espaços de participação social, com vistas à construção coletiva de estratégias de resistência às desigualdades sociais.

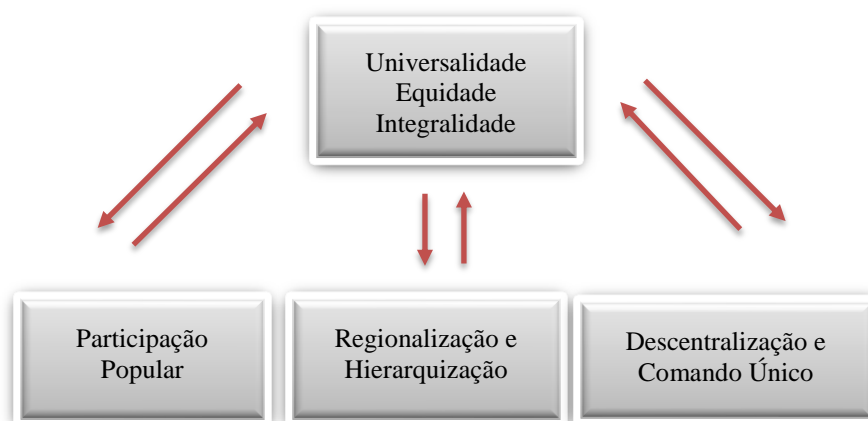


Figura A – Princípios doutrinários ou finalísticos princípios e organizativos ou estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Fonte: Brasil (1990a).

A partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se frequente a utilização da Atenção Básica em Saúde (ABS) como referência aos serviços municipais, concepção que assim como a Atenção Primária em Saúde (APS) sofreu forte influência do Banco Mundial na organização das ações (GIL, 2006). Enquanto a Atenção Primária em Saúde (APS) representa uma expressão de difusão internacional que engloba as iniciativas baseadas na promoção da saúde (STARFIELD, 2002), a Atenção Básica em Saúde (ABS) é uma expressão tipicamente nacional, formulada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para

⁵⁸ Na Sociologia, a concepção de controle social é comumente associada ao controle do Estado e do empresariado sobre as massas. Na Constituição Federal (CF) de 1988, o sentido de controle social é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2009).

definir uma forma própria de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas décadas de 80 e 90 do século XX, de acordo com Testa (1992), as propostas relacionadas à Atenção Primária em Saúde (APS) não tinham como foco a problematização quanto às contribuições desta para com as ações e os serviços no sistema de saúde brasileiro, mas, o caráter simplificador da denominada política pública de saúde baseada na “medicina pobre para os pobres”, cuja centralidade situava-se na racionalidade econômica perseguida pelo Estado. Desse modo, no País:

[...] Inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significativo primário quer referir-se ao ‘complexíssimo’ princípio da APS [Atenção Primária em Saúde], o do primeiro contato (MENDES, 2005, p.2).

Na política pública de saúde brasileira assume-se a denominação de Atenção Básica em Saúde (ABS) como referência ao primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS-96). A adoção da Atenção Básica em Saúde (ABS) relaciona-se à resistência dos sujeitos envolvidos com a política de saúde à abordagem seletiva da Atenção Primária em Saúde (APS) veiculada pelas agências internacionais, contraditoriamente aos princípios de acesso universal e atenção integral, defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária no País (MATTA; FAUSTO, 2007). Aliados à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) surgem também contributos quanto aos desafios para construir-se um modelo assistencial pautado no Programa Saúde da Família (PSF) e à necessidade de fortalecer a Atenção Básica em Saúde (ABS) numa perspectiva não restritiva, mas, de revalorização da abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas ao restabelecimento do diálogo com o debate empreendido no contexto internacional e utilizado com menor expressão pelo Movimento de Reforma Sanitária nacional (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Para Dias (2007) a adoção da Atenção Básica em Saúde (ABS) surge permeada por políticas de redução do papel do Estado caracterizadoras da década de 90 do século XX, diante da intensificação do processo de focalização e privatização da saúde. Vale mencionar que a racionalidade econômica do Estado tem em vista a redução da “[...] questão da saúde e da doença a uma questão da organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas [...]” (MERHY, 2002, p. 222), tônica da concepção dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), condizentes

com a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva. Paradoxalmente, o nível primário de atenção em saúde previsto através da institucionalização jurídico-formal na Constituição Federal (CF) (1988) e no Sistema Único de Saúde (SUS) (1990) apoia-se em princípios compatíveis com a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral: universalidade, equidade, integralidade e participação popular.

[...] Alguns autores, o próprio Conass [Conselho Nacional de Secretários de Saúde] e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS [Atenção Primária em Saúde], tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (CONASS, 2007, p. 18).

No decorrer da primeira década do século XXI, constata-se um crescente interesse em renovar a Atenção Primária em Saúde (APS), em nível mundial. Em reunião para dirigentes mundiais, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) (2000), pelos chefes de Estado e de governo de diversos países⁵⁹, dentre estes o Brasil, firmou-se o compromisso de “[...] combater a extrema pobreza e outros males da sociedade” (PNUD, 2012). Nesse contexto, aprovaram-se os denominados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), sob a forma de metas, assim redigidas: 1- erradicar a extrema pobreza e a fome; 2- alcançar o ensino básico universal; 3- promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4- reduzir a mortalidade infantil; 5- melhorar a saúde materna; 6- combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7- garantir a sustentabilidade ambiental; 8- desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (ONU, 2008). Para o monitoramento das ações voltadas à efetivação destes oito objetivos ou metas, sugestionou-se a construção periódica de relatórios de acompanhamento, tendo em vista cumpri-los até o ano de 2015.

Existem pelo menos quatro formas de caracterização da Atenção Primária em Saúde (APS), quais sejam: 1- um conjunto de atividades; 2- um nível de atenção em saúde; 3- uma estratégia para organizar a atenção em saúde; 4- uma filosofia que perpassa a atenção em saúde (VUORI, 1985). Analisando as formas de caracterização da Atenção Primária em Saúde (APS) propostas por Vuori (1985), Starfield (2002, p. 28-29), afirma que “[...] já que existem poucas atividades que sejam exclusivas da atenção primária, a primeira abordagem é inadequada. Os níveis de atenção, as estratégias para organização da atenção à saúde e uma filosofia estão interrelacionados [...]”. Dando sequência à análise empreendida, a autora

⁵⁹ De acordo com os dados fornecidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o número de nações que aderiram aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) totalizou cento e oitenta e nove (189) (PNUD, 2012).

reitera que a definição de Atenção Primária em Saúde (APS) utilizada na produção em questão capta as interrelações entre os níveis de atenção, as estratégias para organização da atenção à saúde e a filosofia que perpassa a atenção em saúde (STARFIELD, 2002).

Em nível nacional, realiza-se no mesmo ano⁶⁰, a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), como o tema “Efetivando o Sistema Único de Saúde (SUS): acesso, qualidade humanização na atenção à saúde com controle social”, relacionando o agravamento das condições de vida e saúde da população com o direcionamento do projeto social e econômico do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), bem como o rigoroso ajuste fiscal e o privilegiamento dos aspectos econômicos em detrimento das políticas sociais. Perante a isso, os participantes propuseram a luta contra a mercantilização da saúde e a promoção da defesa da vida, reafirmando a necessidade de fortalecimento do caráter público das ações e dos serviços de saúde de responsabilidade do Estado, conforme disposto na Constituição Federal (CF) (1988) (CORREA, 2006). A partir do ano de 2003, implanta-se o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde (MS) viabilizada a partir de acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com vistas à “[...] apoiar, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios com população superior a 100 mil habitantes e de todos os Estados e o Distrito Federal” (BRASIL, 2012a, p. 03).

Em 2004, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocaram os Estados Membros a adotarem uma série de recomendações para o fortalecimento da atenção primária. Para tanto, cria-se um Grupo de Trabalho sobre Atenção Primária em Saúde (APS), responsável pela revisão de literatura dos países e elaboração de documentos apresentados e discutidos em fóruns virtuais e em sessões plenárias em reunião na Costa Rica (OPAS/OMS, 2005). Em 2005, um documento provisório é enviado aos países com sugestões para conduzir o processo nacional de consulta sobre a Atenção Primária em Saúde (APS), bem como de diretrizes específicas para a análise. Este processo resultou na construção de um documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado “Renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas” (OPAS/OMS, 2005).

Dentre os motivos para adotar uma abordagem renovada da Atenção Primária em Saúde (APS), destacam-se: o surgimento de novos desafios epidemiológicos; a necessidade de

⁶⁰ Mais especificamente, no período de 15 a 19 de dezembro de 2000, na cidade de Brasília, Distrito Federal.

corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a Atenção Primária em Saúde (APS) pode capitalizar de forma a serem mais eficazes. A definição renovada enfoca o sistema de saúde como um todo, incluindo “[...] os setores público, privado e sem fins lucrativos” (OPAS/OMS, 2005, p. 06). Uma abordagem renovada da Atenção Primária em Saúde (APS) é vista como condição essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), abordando os determinantes sociais e atingindo o nível mais elevado de saúde para todos. Os determinantes sociais da saúde contemplam as condições “[...] socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias” (CNDSS, 2006).

Os **determinantes sociais da saúde** são sinônimos dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e das necessidades de saúde. Fazem alusão aos modos ou às condições de vida, trabalho e processo saúde-doença individuais e coletivos, não destoando das condições pelas quais se desenvolve o processo de produção e reprodução social do ser social, em sua totalidade histórica, em sua contraditória mescla de conformismo e resistência frente às desigualdades sociais, no contexto de inserção familiar e comunitário. Cecílio (2001) aborda os fatores determinantes e condicionantes da saúde como necessidades de saúde e os classifica 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 modo⁶¹ de conduzir a vida. Deste modo, os determinantes sociais de saúde referem-se:

[...] Tanto ao indivíduo como aos indivíduos. Ou seja, o estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem no nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros (STARFIELD, 2002, p. 23).

As **necessidades de saúde** são também “[...] necessidades de reprodução social, dadas nas diversas realidades sociais em que estão inseridos os sujeitos. Num conceito ampliado, as

⁶¹ Aspecto que ultrapassa a informação e a educação (CECÍLIO, 2001).

necessidades de saúde dependem da atenção integral ao ser social, numa perspectiva de intersectorialidade” (CAMARGO, 2007, p. 03). Campos; Soares (2003) corroboram que tanto as necessidades de saúde, quanto as desigualdades em saúde alicerçam-se nas formas como os grupos se inserem na reprodução social. As necessidades de reprodução social, 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). Ao equipararem-se aos fatores determinantes e condicionantes da saúde as necessidades de saúde situam-se no conceito ampliado de saúde presente na Constituição Federal (CF) (1988) e no Sistema Único de Saúde (SUS) (1990), superando àquele de ausência de doença ou enfermidade ou estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1978) e situando o processo saúde-doença no âmbito da relação social contraditória do capital *versus* trabalho.

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. As unidades de atenção primária obtêm a equidade fornecendo atenção no nível mais apropriado; assim, isso libera recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população (STARFIELD, 2002, p. 27-28).

A conformação de modelos de atenção com base na Atenção Primária em Saúde (APS) pressupõe contemplar um conjunto de elementos funcionais e estruturais garantidores de cobertura e acesso universal a serviços aceitáveis à população, que maximizem a equidade, fazendo do direito ao mais alto nível de saúde a sua principal meta. Um sistema de saúde com base na **Atenção Primária em Saúde (APS)** deve ter como **princípios**: receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade (OPAS/OMS, 2005). São estes princípios que fornecem a base para a operacionalização de sistemas de saúde fundamentados na abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) de Alma-Ata, correntemente denominada de Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral, que requer “[...] sistemas de saúde orientados pela atenção primária, articulados em rede, centrados no usuário, que respondam a necessidades de saúde individuais e coletivas” (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011, p. 04), servindo como elo entre os seus elementos estruturais e funcionais e os valores sociais mais amplos. Os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) são descritos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OPAS/OMS, 2005), de acordo com a sistematização:

- **Receptividade:** atendimento à população da forma mais abrangente possível, buscando equilibrar a atenção às necessidades de saúde objetivas, isto é, conforme as definições previamente estabelecidas por especialistas; e a atenção às necessidades de saúde subjetivas, ou seja, observadas diretamente pelos sujeitos sociais ou pela população independentemente de seu *status* socioeconômico, cultura, raça, etnia ou gênero.

- **Orientação de qualidade:** atendimento que visa assegurar o melhor tratamento dos problemas de saúde da população. Implica garantir uma formação profissional qualificada, abrangente e continuada aos profissionais que compõem as equipes de saúde, bem como procedimentos para avaliar a eficiência e eficácia das ações preventivas e designar a utilização adequada dos recursos necessários à atenção em saúde.

- **Responsabilização governamental:** efetivação dos direitos sociais através de políticas sociais e procedimentos legais e regulatórios e formas de exigir o cumprimento dos mesmos, quando as condições para tal não estiverem apropriadas.

- **Justiça social:** ações governamentais de bem-estar aos cidadãos, em particular, aos mais vulneráveis. As abordagens com base na justiça social incluem: atendimento com respeito e dignidade; estabelecimento de metas de saúde com fins explícitos e recursos adicionais às necessidades das populações mais pobres; melhoria da educação e iniciativas inclusivas contributivas à apropriação acerca dos direitos sociais por parte da população; garantia de participação da população no planejamento e na fiscalização do sistema de saúde; tomada de medidas combativas às desigualdades sociais.

- **Sustentabilidade:** a atenção primária deve ser vista como meio primário de investimento na saúde da população. Requer planejamento estratégico e comprometimento político para garantir a sustentabilidade financeira, inclusive mecanismos de garantia de financiamento em períodos de instabilidade ou mudanças política.

- **Participação e intersetorialidade:** parceira da população na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridade e garantia de responsabilização. No plano individual, os cidadãos devem estar aptos a decidir livre e plenamente sobre a sua própria saúde e de seus familiares. No plano societário, a participação na saúde é uma faceta cívica que permite que o sistema de saúde reflita valores sociais e viabilize o controle social. A intersetorialidade implica no trabalho conjunto dos setores e sujeitos sociais para impactar sobre os determinantes sociais da saúde e na contribuição às ações voltadas ao desenvolvimento humano e à equidade.

Originariamente, no conteúdo da Declaração de Alma-Ata, os **princípios da Atenção Primária em Saúde (APS)** (OMS, 1978), dizem respeito à/ao: participação individual e

coletiva no planejamento e execução dos cuidados de saúde; responsabilização governamental pela saúde e justiça social; alcance universal aos serviços de proteção, cura e reabilitação; envolvimento de todos os setores correlatos ao desenvolvimento comunitário e nacional; autoconfiança e participação comunitária; sistemas de referência integrados; níveis locais e de encaminhamento com atuação de profissionais de saúde convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado de praticantes tradicionais, conforme as necessidades de saúde expressas pelas/nas comunidades; e cooperação (OMS, 1978). No Quadro A, estão sistematizadas as principais abordagens, definições e ênfase dos sistemas de atenção baseados na Atenção Primária em Saúde (APS):

| ABORDAGEM | DEFINIÇÕES | ÊNFASE |
|---|--|--|
| ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) SELETIVA | Enfocam um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevaletentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como (monitoramento de crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar. | Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre. |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA | Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar. | Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde. |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) “ABRANGENTE” DE ALMA-ATA | A declaração de Alma-Ata define a Atenção Primária em Saúde (APS) como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e autoconfiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis. | Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde. |

Quadro A – Abordagens, definições e ênfase dos sistemas de atenção baseados na Atenção Primária em Saúde (APS).

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS) (OPAS/OMS, 2005, p. 03).

A abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, isto é, aquela cujas atividades são voltadas às populações pobres e a abordagem de Atenção Primária, ou seja, embasada na assistência médica, tem sido a realidade de muitos países, a exemplo de algumas das experiências nacionais no processo histórico de construção da política pública de saúde. Independentemente das causas apresentadas nas justificativas quanto às divergências nas abordagens da Atenção Primária em Saúde (APS), evidencia-se que os conceitos e a operacionalidade ou dito de outra forma, o escopo teórico-conceitual e técnico-operativo que lhe são atribuídos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornaram-se progressivamente diversos desde a Declaração de Alma-Ata (1978), não realizando, fazendo-o parcialmente ou mesmo distanciando-se das pretensões de seus criadores. Sobre essas divergências, têm-se algumas explicações:

[...] Alguns argumentam que, em relação às Américas em particular, devem-se esperar visões diferentes da APS [Atenção Primária em Saúde], dado o desenvolvimento histórico da saúde e dos cuidados de saúde na região e o legado de diferentes sistemas políticos e sociais. Outros sugeriram que a divergência de pontos de vista se explica pelas descrições ambiciosas e de certa forma vagas da APS [Atenção Primária em Saúde], conforme descrito na declaração de Alma-Ata. Outros ainda argumentam que enquanto muitas iniciativas eficazes de APS [Atenção Primária em Saúde] foram desenvolvidas nos anos após Alma-Ata, a mensagem principal ficou distorcida como o resultado das duas visões em mutação das agências internacionais de saúde e dos processos de globalização (OPAS/OMS, 2005, p. 03).

Mais recentemente, pesquisas empíricas realizadas com profissionais de distintas categorias profissionais de saúde nas Américas ratificam a importância e, ao mesmo tempo, apontam abundantes discrepâncias e equívocos na apreensão do escopo teórico-conceitual e técnico-operativo da Atenção Primária em Saúde (APS) (OPAS/OMS, 2005). Estudos realizados por pesquisadores provenientes, em especial, da Saúde Coletiva, com destaque para análises documentais e bibliográficas de artigos publicados em revistas e/ou periódicos e documentos e medidas de autoria do Ministério da Saúde (MS), também têm indicado a polissemia associada à abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS). Para identificar a prevalência da utilização das concepções de Atenção Primária em Saúde (APS), Atenção Básica em Saúde (ABS) e Programa Saúde da Família (PSF) na produção teórica contemporânea brasileira, Gil (2006) analisou os principais documentos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), publicados pelo Ministério da Saúde (MS), no período de 1990 a 2005; e também revisou a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), a partir dos textos completos apresentados na Scielo⁶². Os resultados

⁶² Conforme a autora, a opção por essa base de dados fundamentou-se na acessibilidade e fluência que apresenta

encontrados pela autora revelaram 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).

Durante os anos 80 e 90, as propostas para APS [Atenção Primária em Saúde] no sistema de saúde brasileiro divergiam em muitos aspectos das reformas realizadas em boa parte dos países latino-americanos. Nestes, os governos foram motivados por agências internacionais a adotar políticas de saúde baseadas em programas seletivos de atenção primária e desvinculados de ações realizadas em outros níveis de atenção [...]. Assim, ao passo que muitos sistemas de saúde públicos estavam experimentando reformas no sentido da redução dos custos de suas ações, o Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo, jamais admitidas anteriormente (MATTA; FAUSTO, 2007, p. 57).

De maneira semelhante, Baptista; Fausto; Cunha (2009) visando à identificação dos conceitos utilizados, das abordagens dos estudos e dos principais temas associados à discussão da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, procederam à análise da produção bibliográfica referente ao período de 1977 a 2006, em quatro periódicos e/ou revistas nacionais de grande circulação na Saúde Coletiva, quais sejam: Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Saúde em Debate. As autoras dedicaram-se ao estabelecimento de correlações entre o contexto político-institucional da saúde e a produção do conhecimento nos referidos instrumentos de coleta de dados e encontraram um como principal resultado “[...] a carência de estudos de abordagem conceitual e uma abundância de estudos de caso sem a promoção do diálogo entre autores e instituições, fragilizando essa área como produtora de conhecimento” (*ibid.*, p. 1007). Destacaram ainda que, as consequências do “problema terminológico” para compreender a Atenção Primária em Saúde (APS) denotam pelos menos três sentidos:

[...] Pode evocar integração e interdependência do cuidado, pois embora seja principal ou essencial dentro de um sistema, subentende-se a existência e importância da sua relação com os demais níveis do cuidado; pode representar também um mínimo de atividades essenciais que os sistemas de saúde possam prover, tendo um sentido seletivo que exclui outros elementos cruciais do cuidado; pode ser interpretada como porta de entrada, o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde, exercendo assim a função de triagem para inclusão ou barreira às ações de maior complexidade tecnológica [...] (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009, p. 1008).

Além desses, destaca-se o artigo de revisão teórica elaborado por Mello; Fontanella; Demarzo (2009) sobre as terminologias utilizadas para denominar o primeiro nível de atenção em saúde no Brasil, com base em levantamento da bibliografia publicada a respeito do tema. Os autores concluíram que, na maioria das vezes, é possível utilizar as terminologias “Atenção Básica em Saúde (ABS)”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária em Saúde (APS)” como sinônimas, sem com isto enfrentar problemas conceituais. No entanto, advertem que, há ocasiões nas quais o referencial norteador dessas terminologias varia desde correntes funcionalistas até as mais progressistas, tornando a “Atenção Básica em Saúde (ABS)” e a “Atenção Primária em Saúde (APS)” opostas à “Atenção Primária”. Também, indicaram que, apesar da adoção da terminologia “Atenção Básica em Saúde (ABS)” pelo governo federal brasileiro, identifica-se uma crescente utilização da terminologia “Atenção Primária em Saúde (APS)” nos documentos oficiais (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

No primeiro ano de mandato do governo de Luís Inácio Lula⁶³ da Silva os cortes nos investimentos para a área social se mantiveram (COSTA, 2003). Na perspectiva apresentada pela autora, além de dar seguimento às mudanças herdadas do governo anterior, mantiveram-se, senão aprofundaram-se alguns dos princípios neoliberais no plano econômico e social, inclusive com a adesão popular e conquista de bases aliadas da classe média atraída pela crítica aos “altos” custos do estado social e a possibilidade de disputar o acesso aos serviços no mercado. Nessa estrutura institucional-administrativa, reitera-se a dificuldade de integração do conjunto de ações destinadas a assegurar os direitos sociais relativos à saúde, à previdência e à assistência social, compreendidos na institucionalidade da seguridade social brasileira na Constituição Federal (CF) (1988).

Ratificando essas características, no cenário de aprovação do Pacto pela Saúde⁶⁴, acordado pelos entes federativos brasileiros, diante da atenção voltada ao fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) nas prioridades e nos 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 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2006). No conteúdo desta, definiu-se o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia prioritária para a

⁶³ Presidiu a República Federativa Brasileira por dois mandatos consecutivos, no período de 2003 a 2010.

⁶⁴ Produto da articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS/CONASEMS), aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), diante dos desafios de reorganização da gestão e reafirmação da política de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Supera a lógica organizativa baseada nas Normas Operacionais Básicas (NOB), enfatizando as necessidades de saúde e a definição de prioridades articuladas em três componentes: 1- Pacto pela Vida, 2- Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e 3- Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

organização do primeiro nível de atenção em saúde, em território nacional e a Atenção Básica em Saúde (ABS) como o “[...] 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, 2006a, p. 10). A **Atenção Básica em Saúde (ABS)** orienta-se pelos **princípios**⁶⁵ universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, equidade, vínculo e continuidade, responsabilização, integralidade, humanização e participação social, de acordo com a sistematização (BRASIL, 2006a):

- **Universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, e equidade:** acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade e resolutividade, assinalados como a “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde em conformidade com o princípio da equidade.

- **Vínculo e continuidade e responsabilização:** relações estabelecidas entre as equipes e a população adscrita, tendo em vista a continuidade das ações em saúde e a longitudinalidade do cuidado.

- **Integralidade:** integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

- **Humanização:** acolhimento e atenção em saúde com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

- **Participação social:** estímulo à participação popular e ao controle social no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Em decorrência da necessidade subjacente de ampliação da dimensão das ações desenvolvidas na atenção básica em saúde para o alcance desses princípios, no ano de 2008, aprova-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com 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 [...]” (BRASIL, 2008, p. 02). Em documento de autoria do Ministério da Saúde (MS) sobre as diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), caracterizou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) “[...] vertente brasileira da APS [Atenção Primária em Saúde]” (BRASIL, 2009a, p. 07), e a Atenção Primária em Saúde (APS) como o “[...] conjunto de ações em saúde desempenhadas

⁶⁵ De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), os princípios fundamentais da atenção básica no País são: a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social (DAB/MS, 2012e).

pela [Estratégia] Saúde da Família [...]” (BRASIL, 2009, p. 09), e “[...] primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde [...]” (*id.*).

No ano de 2009, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro firmou um novo acordo com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), visando à continuidade da primeira etapa da Fase II do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF). A pactuação prevista até março do ano de 2013 previa ações voltadas para a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), contemplando três componentes: 1- expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios com população acima de 100 mil habitantes; 2- fortalecimento da capacidade técnica de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por intermédio das respectivas coordenações de Atenção Básica em Saúde (ABS); 3- fortalecimento da gestão federal e apoio às gestões Estaduais, do Distrito Federal e municipais de Atenção Básica em Saúde (ABS) (BRASIL, 2012a). Nesse ínterim, ratificou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como “[...] estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (*ibid.*, p. 04).

No Relatório de Acompanhamento Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) publicado no ano de 2010 indica-se a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) através da atenção básica, mais especificamente, a extensão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do saneamento básico (IPEA; SPI/MP, 2011). Trata-se de uma expansão *por baixo*, visto que tem como fio condutor a ampliação da abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva mesclada à Atenção Primária e traços da Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral, reforçando a prevalência da atenção em saúde baseada nos cuidados primários de assistência médica direcionada à pobreza. As consideradas melhorias empreendidas no campo do direito social à saúde reforçam o trinômio: *saúde, produção e reprodução social* visto que se traduz na introdução de saneamento básico, ampliação das equipes Saúde da Família e garantia de acesso à renda, através do Programa Bolsa Família (PBF⁶⁶) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Dentre as mais recentes medidas de autoria do Ministério da Saúde (MS), no âmbito do governo de Dilma⁶⁷ Rousseff, destacam-se o Decreto n. 7.508/2011 e a Portaria n. 2.488/2011. O primeiro, o Decreto n. 7.508/2011, regulamenta a Lei n. 8.080/1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, reafirmando o Sistema Único

⁶⁶ Programa de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no País (MDS, 2013).

⁶⁷ Atual Presidenta da República Federativa Brasileira, no exercício do terceiro ano de mandato.

de Saúde (SUS) como conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Ao lado da urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, a atenção primária emerge dentre as ações e os serviços mínimos para instituir uma Região⁶⁸ de Saúde e como uma das portas de entrada – não mais como “a” porta de entrada – às ações e aos serviços de saúde nas Redes⁶⁹ de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b).

Cecílio (1997) discutindo a forma piramidal e hierárquica de organização do modelo de atenção no sistema de saúde, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários e níveis de acesso com complexidade diferenciada em processos de referência e contrarreferência, já havia antecipado tratar-se de 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 indicou 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. Sob essa lógica, a atenção primária não mais constituiria a porta de entrada ao sistema de saúde, mas todos os equipamentos sociais intersetoriais que, para tanto, deveriam qualificar-se como espaços privilegiados de acolhimento.

A segunda, a Portaria n. 2.488/2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Na apresentação dos fundamentos e diretrizes da atenção básica, mais especificamente o de estímulo à participação dos usuários, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera “[...] os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes [...]” (BRASIL, 2012c, p. 22), associando-os aos princípios e às diretrizes definidos no documento. Recomenda que a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais estratégias de organização da atenção básica orientem-se pelas diretrizes da Atenção Básica em Saúde (ABS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012c).

⁶⁸ Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, art. 2º, inciso I).

⁶⁹ Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a, art. 2º, inciso VI).

No Relatório Final da XIV⁷⁰ Conferência Nacional de Saúde (CNS) (2011), com o tema “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, a ampliação e o fortalecimento da rede de atenção básica (primária⁷¹) constituem o eixo estruturante da oitava diretriz. Das propostas aprovadas – para citar algumas das que exemplificam a presença do “velho” modo de fazer saúde enquanto o “novo” ainda não se sobrepôs – enquanto mescla de resistência e conformismo frente às desigualdades sociais em saúde destaca-se a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial da atenção básica até a universalização; a disponibilização de financiamento para a construção e/ou reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial, na área rural; a inclusão de novas categorias profissionais à “equipe mínima” da Estratégia Saúde da Família (ESF); a definição de política nacional de adequação da formação médica para generalista em universidades públicas; a implantação do terceiro turno nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); o reconhecimento da terapia comunitária integrativa como política pública prioritária nacional; o incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) na Amazônia Legal; o estímulo ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), por meio de parcerias com cursos na área da saúde; etc. (BRASIL, 2012b).

Diante dessas informações, observa-se, ao passo que nas medidas aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS) na última década do século XX privilegiou-se a alusão ao Programa Saúde da Família (PSF) e, em menor escala, à Estratégia Saúde da Família (ESF) como referências ao primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), na primeira década do corrente século XXI, parece vir-se conformando certa tendência em recorrer à Estratégia Saúde da Família (ESF) como sinônimo de Atenção Básica em Saúde (ABS) e, concomitantemente, de Atenção Primária em Saúde (APS), ao referenciar o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, esboça-se um quadro histórico analítico de polissemia no escopo teórico-conceptual e técnico-operativo da abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, por vezes, mascarado sob a forma de neologismos. Cabe ressaltar que, nesse contexto, se compreende como renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) o processo que transcende o simples ajuste econômico-financeiro à realidade social atual, implicando na inadiável problematização crítica dos resultados alcançados através da utilização das distintas

⁷⁰ Realizada no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, na cidade de Brasília, Distrito Federal.

⁷¹ Orientada na perspectiva de que “[...] todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de Saúde da Família” (BRASIL, 2012b, p. 52).

abordagens em nível nacional e internacional e no potencial de cada uma destas na efetivação do acesso universal ao direito social à saúde de responsabilidade do Estado.

3 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E MODELO DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O projeto ético-político profissional do Serviço Social e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) consistem em tema transversal sobre o qual versa a revisão teórica apresentada neste capítulo. Na parte inicial, procede-se ao resgate sócio-histórico das transformações no mundo do trabalho em curso desde o final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, considerando a centralidade do trabalho no universo produtor de mercadorias, articuladamente com o processo de renovação crítica da profissão e a adoção das novas diretrizes curriculares para a formação profissional, reconhecendo-se o Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, a prática profissional do assistente social como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho, além de assumir o compromisso com a classe trabalhadora no projeto ético-político profissional. Na segunda parte, caracteriza-se o modelo de atenção em saúde vigente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), intentando-se explicitar as convergências com o projeto ético-político profissional do Serviço Social e as abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS).

3.1 TRABALHO E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

A reflexão empreendida sobre o trabalho nesse contexto tem como ponto de partida a sua centralidade nas sociedades capitalistas. O modo de produção capitalista diz respeito à relação social histórica e fundamentalmente conflituosa envolvendo duas classes sociais distintas, a burguesia detentora da propriedade privada do capital e dos meios de produção; e o proletariado, trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho para a burguesia, em troca de um salário⁷². A premissa de obtenção do lucro ou mais valia por parte do burguês em relação ao proletário situa o modo de produção capitalista enquanto forma histórica de produção e reprodução social, na qual capital e trabalho se expressam como unidade de diversos, isto é, cujas partes se gestam a partir da negação recíproca e ao recriar-se mutuamente se constituem totalidade. A reprodução do capital pressupõe a reprodução do trabalho assalariado e das relações sociais de produção enquanto atividade originalmente social. Ao submeter-se ao modo de produção capitalista, a classe trabalhadora depende do

⁷² Preço do trabalho ou expressão em dinheiro do valor do trabalho (MARX, 1984).

trabalho para subsistir e, para tanto, vende sua força de trabalho para os detentores da propriedade privada do capital e dos meios de produção, característica que lhe impele a denominação de classe trabalhadora⁷³ ou classe que vive do trabalho.

Expressivas transformações societárias e no mundo do trabalho marcaram o último quartel do século XX e início do século XXI nas sociedades capitalistas. Na condição de relação social histórica e contraditória que orienta a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social, o modo de produção capitalista vem apresentando movimentos cíclicos de crise e reconfiguração no decorrer do processo histórico, a exemplo do final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX. Diante da eclosão da crise mundial do capitalismo, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva com características flexíveis do modelo *toyotista* de gestão e organização do trabalho emergem como condições necessárias à retomada do padrão de acumulação capitalista, com significativos impactos para o mundo do trabalho. O referencial teórico neoliberal inspira o processo de minimização da intervenção estatal na efetivação dos direitos sociais; ocorre um crescente privilegiamento da lógica do mercado privado e de valorização da individualidade dos sujeitos associada à desmobilização social e política; alastram-se transformações de ordem societária. A reestruturação produtiva desponta como reordenamento das condições necessárias à retomada do padrão de acumulação capitalista, com significativos impactos para o mundo do trabalho, não excluindo as contradições e lutas de classe, sociais e políticas, mas, metamorfoseando-as em novas configurações e novos embates envolvendo capital e trabalho:

[...] O *toyotismo* penetra, mescla-se ou mesmo substitui 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 [...] (ANTUNES, 2013, p. 16).

Na década posterior, enquanto repercussão desse processo registram-se profundas transformações nas formas de inserção na matriz produtiva, representação sindical e política, atingindo não apenas a materialidade, mas, a subjetividade⁷⁴ da classe trabalhadora. A automação, a robótica e a microeletrônica invadem o âmbito fabril, sendo introduzidas e desenvolvidas nas relações de trabalho e produção do capital. O modo de produção capitalista

⁷³ Totalidade dos assalariados; os que vivem da venda da força de trabalho; classe que vive do trabalho; despossuída dos meios de produção (ALVES; ANTUNES, 2004).

⁷⁴ Para aprofundamento do tema, consultar Antunes (2013).

neoliberal é responsável pelo desencadeamento de uma múltipla processualidade no mundo do trabalho: a) desproletarização: diminuição da classe operária industrial tradicional; b) expansão assalariamento no setor de serviços; c) heterogeneização: crescente incorporação do contingente feminino; e d) subproletarização: expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, precário, etc. (ANTUNES, 2013). Dentre as consequências negativas dessa múltipla processualidade no mundo do trabalho estão a expansão do desemprego estrutural em escala global e o crescimento do contingente de trabalhadores em condição de trabalho precário, isto é, desregulamentado, parcial, temporário, terceirizado, informal, etc. (ANTUNES; ALVES, 2004).

Dessa maneira, identificam-se setores do modo de produção na sociedade capitalista contemporânea que permanecem majoritariamente utilizadores de força de trabalho humano e setores em que a força de trabalho humano é intensamente substituída pelo uso de máquinas ou equipamentos modernizados, conhecimentos técnicos e científicos. Por um lado, o trabalho vai sendo substituído por *meios poupadores de trabalho*⁷⁵, implicando na progressiva mudança na composição orgânica do capital com maior investimento em capital constante em detrimento do capital variável, isto é, mais intensivo em capital fixo e menos intensivo em força de trabalho humano. De acordo com Marx (1982, p. 177), quanto mais o capital produtivo cresce, “[...] 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”. Por outro lado, mantêm-se situações de trabalho escravo, 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, metamorfoseando-se em novas roupagens velhas expressões de exploração da força de trabalho por parte do capital:

Tornando supérflua a força muscular, a maquinaria permite o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com desenvolvimento físico incompleto, mas com membros flexíveis. Por isso, a primeira preocupação do capitalista ao empregar a maquinaria, foi a de utilizar o trabalho das mulheres e das crianças. Assim, de poderoso meio de substituir trabalho e trabalhadores, a maquinaria transformou-se imediatamente em meio de aumentar o número de assalariados, colocando todos os membros da família do trabalhador, sem distinção de sexo e de idade, sob o domínio direto do capital (MARX, 1984, p. 450).

⁷⁵ Expressão utilizada por Martins (2001).

Dentre as razões para a vitalidade do modo de produção capitalista, situa-se o fato de que a orientação do referencial teórico neoliberal sustenta o desenvolvimento do capitalismo em nível mundial, isto é, a globalização do capital financeiro. Em virtude de os interesses dos grandes grupos financeiros internacionais coincidirem com a efetivação das propostas neoliberais, viabiliza-se a vitória ideológica e a afirmação hegemônica do neoliberalismo (GROS, 2003), na sociedade capitalista contemporânea. Trata-se de um contexto marcado pela mundialização do capital, desregulamentação e liberalização da economia sob a égide das finanças, no qual o capital assume a forma mais mistificada, denominada por Iamamoto (2008) de capital fetiche. No fetichismo, a relação social do capital se consuma por meio do dinheiro sob a forma jurídica do contrato, mediada pelo Estado. Na versão dinheiro, o capital é emprestado sem cedência de propriedade, compra ou venda e parte do lucro ou mais valia é retirada da circulação na forma de juro, distribuído entre pessoas diferentes (*id.*). O fetichismo da mercadoria é uma forma aparente que oculta a essência, “[...] mascara a relação social que está implícita na sua constituição e que é reificada pela sociedade capitalista. [...] As diversas formas de fetichismo contribuem para o processo de alienação [...]” (PRATES, 2003, p. 105).

A mercadoria é misteriosa simplesmente por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, apresentando-as como características materiais e propriedades sociais inerentes aos produtos do trabalho; por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho. Através dessa dissimulação, os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas sociais, com propriedades perceptíveis e imperceptíveis aos sentidos. [...] Uma relação social definida entre, estabelecida entre os homens, assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. [...] Chamo a isto de fetichismo, que está sempre grudado aos produtos do trabalho, quando são gerados como mercadorias. É inseparável da produção de mercadorias (MARX, 1984, p. 81).

O **trabalho** diz respeito ao processo que o homem estabelece com a natureza, a partir do qual este homem, através de sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza (ANTUNES, 2004). Como criador de valores de uso ou trabalho socialmente útil, o trabalho torna-se “[...] 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, 1984, p. 50). Dessa forma, o trabalho compreende “[...] o exercício de uma atividade vital, capaz de plasmar a própria produção e a reprodução da humanidade, uma vez que é o ato responsável pela criação dos bens materiais e simbólicos socialmente necessários para a sobrevivência da sociedade [...]” (ANTUNES, 2011, p. 432-433). Portanto, o trabalho implica na mobilização de competências e capacidades humanas para o alcance de objetivos preestabelecidos, sendo

um dos componentes do processo de trabalho. Por sua vez, o processo de trabalho engloba, “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, 1984, p. 202). Ao final do processo de trabalho, obtêm-se resultados ou produtos “[...] valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança da forma” [...] (*id.*). Quando unidade do processo de trabalho e do processo de produzir valor, o processo de produção “[...] é processo de produção de mercadorias; quando unidade do processo de trabalho e do processo de produzir mais valia, é processo capitalista de produção, forma capitalista da produção de mercadorias” (MARX, 1984, p. 222).

Nesse sentido, em que pesem às transformações em curso na sociedade capitalista contemporânea, tanto a múltipla processualidade no mundo do trabalho representada pela heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, quanto a expansão do desemprego estrutural e o crescimento do trabalho precário, não permitem concluir pela perda da centralidade do trabalho no universo de uma sociedade produtora de mercadorias (ANTUNES, 2013). Ainda que se constate a redução quantitativa do capital constante em relação ao capital variável, ou seja, 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 associação do capital às coisas materiais, está atrelada à indistinção das formas com que as próprias relações sociais se expressam no processo de produção⁷⁶ e reprodução⁷⁷ do capital. Nessas condições, as relações sociais emergem mistificadas como relações entre coisas e esvaziadas do caráter humano-social e histórico:

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, 2004, p. 31).

Apesar da redução da dimensão quantitativa do trabalho, a dimensão abstrata do trabalho segue representando papel decisivo na criação de valores de troca na sociedade

⁷⁶ O processo de produção do capital tem como resultado uma mercadoria e se refere ao seu processo de trabalho e de valorização com vistas à produção da mais valia (IAMAMOTO, 2008).

⁷⁷ O processo de reprodução do capital diz respeito ao processo de produção e circulação (compra e venda) da mercadoria (*id.*).

capitalista contemporânea. 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 do trabalho, resta-lhe a condição de ser dispêndio de força de trabalho humano em sua dimensão quantitativa, trabalho humano indiferenciado, em geral, socialmente igual, abstrato (IAMAMOTO, 2008; ANTUNES, 2013). A abstração situa-se 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). Entretanto, é necessário registrar que, todo trabalho humano é constituído por essa dupla dimensão:

Todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho, no sentido fisiológico, e, nessa qualidade de trabalho humano igual ou abstrato, cria o valor das mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força humana de trabalho, sob a forma especial, para um determinado fim, e, nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valores de uso (MARX, 1984, p. 54).

O trabalho abstrato é alvo de duas correntes de análise que indicam 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. A segunda critica as formas de estranhamento e fetichismo assumidas pela sociedade do trabalho, apontando sua incapacidade de constituir-se como meio realizador de uma atividade humana autônoma (ANTUNES, 2013). A base analítica desta segunda corrente ampara-se nos processos de alienação do trabalhador na execução do trabalho. A alienação pode estar condicionada ao próprio processo de trabalho, visto que não é o trabalhador que define o quê, nem como produzir; em si próprio, quando o trabalhador passa a conceber o trabalho como um fardo, perdendo sua liberdade e tornando-se escravo da mercadoria; no produto do trabalho, pois ao não ter acesso àquilo que ajudou a produzir o trabalhador não se reconhece no seu resultado; nas relações sociais, ocasião na qual os trabalhadores deixam de cooperar uns com os outros e passam a concorrer entre si (MARX, 1984; MARX, 2003).

O processo de alienação atinge seu ápice na sociedade capitalista contemporânea, no contexto do capital financeiro, envolvendo “[...] 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). O capital que rende juros representa “[...] a mera propriedade do capital como meio de apropriar-se do presente e do futuro” (*ibid.*, 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” (*ibid.*, p. 93). Portanto, a alienação é uma ação ou um estado pela qual ou no qual o trabalhador se torna alheio, estranho, alienado em relação àquilo que produz, a si próprio e às relações sociais que estabelece (PRATES, 2003). Ao alienar-se, “[...] o trabalho reificado, transformado em mercadoria, constitui-se num fetiche, assume um poder que passa a dominar o seu produtor” (*ibid.*, p. 105).

Uma terceira corrente de análise nega o caráter capitalista da sociedade contemporânea recusando a centralidade do trabalho tanto abstrato, quanto concreto, e propondo uma sociedade menos mercantil e mais contratualista, não mais regida pelo capital, mas, pela “[...] 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” (*ibid.*, p. 78). Por mais diversificados que sejam os trabalhos úteis ou as atividades produtivas se constituem de funções fisiológicas, ou seja, atividades do organismo humano que exigem dispêndio de atividade cerebral, muscular, sensorial, dentre outras, e quantidade e qualidade de trabalho são dimensões distintas. Portanto, desde que os homens trabalhem uns com os outros, independentemente da forma como o fizerem, o trabalho adquire uma forma social (MARX, 2003). Essas características ratificam a centralidade do trabalho na construção da sociabilidade humana, esta determinante e determinada pela linguagem e pela consciência, pois a “[...] consciência da necessidade de entrar em relação com os indivíduos que o cercam, marca, para o homem, o começo da consciência de que, afinal, ele vive em sociedade” (MARX; ENGELS, 1989, p. 28), explicitando a relação social do trabalho coletivo. Com o trabalho, portanto, dá-se:

Ao mesmo tempo – ontologicamente – a possibilidade do seu desenvolvimento superior, do desenvolvimento dos homens que trabalham. Já por esse motivo, mas antes de mais nada porque se altera a adaptação passiva, meramente reativa, do processo de reprodução ao mundo circundante, porque esse mundo circundante é transformado de maneira consciente e ativa, o trabalho torna-se não simplesmente um fato no qual se expressa a nova peculiaridade do ser social, mas, ao contrário – precisamente no plano ontológico –, converte-se no modelo da nova forma do ser em seu conjunto (LUKÁCS, 1978, p. 05-06).

Enquanto atividade prático-social, por meio do trabalho o homem transforma a natureza, a si mesmo e aos outros homens (GUERRA, 2002). Assim sendo, o trabalho é para o homem “[...] a condição natural da sua existência, a sua condição de homem” (*ibid.*, p. 102), assumindo características específicas em condições sócio-históricas determinadas. Considerando as condições sócio-históricas características do modo de produção na sociedade capitalista contemporânea neoliberal sob a égide do capital financeiro, observa-se que, o

fetichismo do capital não se esgota, ao contrário disto, se reconfigura e metamorfoseia, assumindo novas nuances no tecido social e obscurecendo a sua unidade oposta fundante, que informa o universo do trabalho marcado pelas lutas sociais da classe trabalhadora que vem experimentando a radicalização dos processos de alienação, exploração e exclusão social. É nesse tensionamento entre classes sociais distintas e antagônicas que se insere o trabalho do assistente social, na condição de trabalhador coletivo que trabalha na mediação do acesso às condições necessárias à efetivação dos direitos sociais da classe trabalhadora:

É na tensão entre reprodução da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência que atuam os assistentes sociais, situados em um terreno movido por interesses sociais distintos e antagônicos, os quais não são possíveis de eliminar, ou deles fugir, porque tecem a vida em sociedade. Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas dimensões da *questão social*⁷⁸ tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos [...] (IAMAMOTO, 2008, p. 160).

Todavia, convém registrar que, a relação do Serviço Social com o modo de produção capitalista se estabelece no processo de gênese da profissão. Para Martinelli (2001, p. 66), a origem do Serviço Social como profissão assenta-se na “[...] marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido”. Para a autora, o Serviço Social nasce com uma identidade atribuída, caracterizada pela *ilusão de servir* aos interesses da classe dominante, como forma de garantir a expansão e a consolidação do modo de produção capitalista. Montañó (2008) considera duas teses sobre a natureza profissional do Serviço Social na sua gênese. A primeira tese, denominada pelo autor de perspectiva endogenista, considera a origem do Serviço Social com base na “[...] *evolução, organização e profissionalização das formas ‘anteriores’ de ajuda, da caridade e da filantropia, vinculada agora à intervenção na ‘questão social’*”⁷⁹ (ibid., p. 19-20). A segunda tese, alcunhada pelo autor de perspectiva histórico-crítica, em oposição à primeira, trata a origem do Serviço Social como produto da síntese dos “*projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz material e ideologicamente a fração de classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à ‘questão social’*”⁸⁰ (ibid., p. 30). Enquanto na primeira tese o profissional de Serviço Social é visto a partir de si mesmo, na segunda tese é considerado um

⁷⁸ Grifo da autora.

⁷⁹ Grifos do autor.

⁸⁰ Grifos do autor.

profissional que desempenha um papel político, dada à posição que ocupa na divisão sócio técnica do trabalho, perspectiva igualmente adotada nesse contexto.

O processo de constituição das primeiras matrizes de análise sobre a ação profissional do Serviço Social brasileiro e da realidade social, marcada pelas transformações sociais que particularizam o desenvolvimento sócio-histórico do capitalismo, tem como ponto de partida a incorporação pela profissão da Doutrina Social da Igreja Católica e das principais matrizes teórico-metodológicas do conhecimento acerca do social na sociedade burguesa. No processo de institucionalização no Brasil, a construção dos primeiros objetivos profissionais do Serviço Social se fundamentaram nos pressupostos tomistas e neotomistas materializados nas encíclicas papais da Doutrina Social da Igreja Católica, com influência europeia. O conservadorismo católico começa a ser tecnificado a partir da década de 40 do século XX, permeado pela teoria social positivista com influência norte-americana, tendo em vista o atendimento das requisições do Estado no campo das políticas sociais em face do desenvolvimento do modo de produção capitalista e da legitimação profissional através do assalariamento e inserção na divisão sócio técnica do trabalho (YAZBEK, 2009).

O questionamento das ações profissionais orientadas pela teoria social positivista coincide com o contexto marcado por um conjunto de mudanças advindas da crescente subordinação da América Latina à expansão do capitalismo mundial (YAZBEK, 2009). Assim, o processo de contestação ao Serviço Social tradicional surge em diversos países da América Latina na década de 60 do século XX. Nesse contexto, a preocupação profissional do Serviço Social brasileiro com a realidade social local torna-se central, emergindo o denominado Movimento de Reconceituação⁸¹ ou processo de renovação da profissão, para o qual contribuíram os debates dos Seminários de Araxá (1967)⁸² e Teresópolis (1970)⁸³. Netto (2005) descreve a perspectiva modernizadora de vertente positivista (1965-1975), a reatualização do conservadorismo com vertente renovadora fenomenológica (1975-1980) e a intenção de ruptura com vertente marxista (a partir da década de 1980), como as três direções do processo de renovação do Serviço Social brasileiro.

⁸¹ Constitutivo do processo internacional ao tradicionalismo profissional, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social teve como marco inicial “[...] 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 [...]” (NETTO, 2005, p. 09).

⁸² 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, com o tema “Teorização do Serviço Social” (CBCISS, 1986).

⁸³ 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” (CBCISS, 1986).

Na primeira direção do processo de renovação do Serviço Social destaca-se o Método Belo Horizonte ou Método BH, primeiro projeto de ruptura com o Serviço Social tradicional, do ponto de vista teórico-metodológico, formativo e interventivo desenvolvido pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais (UCMG) (1972-1975). Na segunda direção, destaca-se o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) ou Congresso da Virada realizado em São Paulo (SP) (1979), no qual se substituiu a comissão de honra composta por representantes oficiais da ditadura militar por líderes sindicais e trabalhadores que lutaram pela liberdade democrática; o início da edição da Revista Serviço Social & Sociedade em São Paulo (SP) (1979), dos Cadernos⁸⁴ da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS⁸⁵) e outras revistas vinculadas aos programas de pós-graduação em Serviço Social no País. Na terceira direção destaca-se o primeiro curso de Doutorado em Serviço Social na América Latina, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) (1981); o reconhecimento da pesquisa em Serviço Social e do Serviço Social como área específica de conhecimento no campo das Ciências Sociais Aplicadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (1982); e a instituição do Currículo Mínimo pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) (1982), que se torna obrigatório para todos os cursos de Serviço Social no País (NETTO, 2005; YAZBEK; SILVA, 2005; SILVA *et al*, 2005).

A partir do processo de renovação do Serviço Social se constata uma aproximação com a teoria social marxista e a teoria social fenomenológica como pressupostos da formação profissional. Com a aprovação do Currículo Mínimo pelo Conselho Federal de Educação (CFE⁸⁶), ocorre um redimensionamento da formação acadêmica em Serviço Social, rompendo-se com a matriz teórica inspirada nos referenciais norte-americanos e a ação profissional baseada nas abordagens de caso, grupo e comunidade. Essa proposta curricular valorizava uma pluralidade de elementos a serem contemplados pela profissão, na busca por uma “[...] 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 [...]” (MACIEL, 2006, p. 98). Na década seguinte, a necessidade de proposição de respostas profissionais mais eficazes para as demandas sociais contemporâneas, bem como os rebatimentos da lógica neoliberal na proteção social, nas

⁸⁴ Substituídos pela atual Revista *Temporalis* (1998) (SILVA *et al*, 2005).

⁸⁵ Denominada atualmente de Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

⁸⁶ 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).

políticas e nos direitos sociais tornaram iminente a discussão acerca dos desafios impostos ao ensino no âmbito da formação profissional em Serviço Social e uma nova revisão curricular.

A partir de meados da década de 80 e na década de 90 do século XX, afirma-se o compromisso profissional do Serviço Social com a classe trabalhadora, incluso na legislação social específica da profissão. O Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (1986) e suas reformulações (1993); a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (1993); as oficinas locais, regionais e nacionais realizadas nas unidades acadêmicas filiadas à Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) (1994-1996), sobre os impasses que obstaculizavam a formação profissional de qualidade numa perspectiva contemporânea; o VIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) (1995), com ênfase na defesa da democracia, das políticas públicas e do enfrentamento à lógica neoliberal, contribuíram para construção de um diagnóstico que fundamentou a nova revisão curricular promovida pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) (1993/1995) e pelo Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), apoiados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pela Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Com base nesse diagnóstico, na XXIX Convenção Nacional da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) (1994) realizada em Recife, capital do Estado de Pernambuco (PE), construiu-se e aprovou-se o documento intitulado “Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional”, contendo pressupostos, diretrizes, metas e núcleos de fundamentação da nova proposta curricular (ABESS; CEDEPSS, 1996).

O debate coletivo acerca da formação profissional em Serviço Social culminou na apreciação de novas diretrizes curriculares na II Oficina Nacional de Formação Profissional e sua aprovação em Assembleia Geral da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS), ambas realizadas no Rio de Janeiro (RJ) (1996). As novas Diretrizes Curriculares e a formação profissional passaram a orientar-se por três núcleos temáticos de fundamentação, assim denominados: 1- teórico-metodológicos da vida social; 2- formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e, 3- trabalho profissional. O núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social trata 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. O núcleo de fundamentos aborda a particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira resgata a constituição econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira e as particularidades da história nacional. O núcleo de fundamentos do trabalho profissional apreende o Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sócio técnica do trabalho, a ‘prática profissional’ do

assistente social é afirmada como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho. Sob esta perspectiva, as particularidades da profissão se fundamentam no âmbito do trabalho coletivo associado às demais categorias partícipes dos processos de trabalho (ABESS; CEDEPSS, 1996; MENDES, 2004; IAMAMOTO, 2005).

As novas diretrizes curriculares para os cursos de formação profissional em Serviço Social introduziram dois elementos que balizam a ruptura da proposta curricular vigente na década de 80 do século XX. O primeiro elemento trata-se de “[...] considerar a questão social como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social” (IAMAMOTO, 2005, p. 75). O segundo elemento refere-se à apreensão da “[...] “prática profissional” como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho [...]” (*id.*). As múltiplas expressões da questão social como objeto de intervenção profissional do Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sócio técnica do trabalho, requerem a aproximação da categoria profissional dos assistentes sociais com a multidimensionalidade constitutiva da realidade brasileira, reafirmando o compromisso ético-político profissional com a leitura crítica da realidade social, bem como com a construção de respostas profissionais às demandas sociais particulares e gerais que se apresentam cotidianamente nos diversos espaços sócio-ocupacionais. Os pressupostos básicos das novas diretrizes curriculares da formação em Serviço Social traçam:

Um determinado desenho da profissão: particularizam o Serviço Social no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, como uma profissão de caráter interventivo, cujo sujeito – o Assistente Social – intervém no âmbito da questão social. Consideram a questão social como fundamento básico da existência do Serviço Social, reconhecendo, a partir daí, que o agravamento dessa questão, em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva no Brasil, determina uma inflexão no campo profissional, provocada por novas demandas postas pelo reordenamento do capital e do trabalho (CARDOSO, 2000, p. 09).

Apreender a questão social como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social requer aprofundar a análise crítica das suas dimensões constitutivas, ou seja, das expressões de desigualdades e resistências sociais engendradas nas relações entre classes sociais distintas e antagônicas no modo de produção capitalista. Nesse cenário, se conformam as determinações sócio-históricas e contradições entre Estado e sociedade civil, projetos profissionais e societários, correlações de forças individuais e coletivas e o chão histórico de construção do próprio projeto ético-político profissional do Serviço Social (IAMAMOTO, 2005; 2008). A clareza sobre a partir de qual referencial teórico se orienta a concepção de questão social e a percepção de suas expressões, tais como “[...] desemprego, fome, doenças,

violência, falta de acesso aos bens e serviços sociais (moradia, creches, escolas, hospitais, etc.), bem como dos valores que orientam tais concepções, são mediações que incidem sobre os meios e modos de responder às demandas profissionais” (GUERRA, 2009, p. 04). A questão social expressa, “[...] desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização [...]” (IAMAMOTO, 2006, p.160). Insere-se em um terreno que “[...] é denso de *conformismos e rebeldias*⁸⁷, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos de cada um e de todos os indivíduos sociais” (*id.*).

O elemento que concebe a prática profissional como **trabalho** e o exercício profissional do assistente social 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 mesmas injunções da classe trabalhadora em prol da qual realiza a sua ação profissional (IAMAMOTO, 2005; 2008). Em tempos de capital fetiche, é premente explicitar a lógica que antecede a abordagem analítica do trabalho, isto é, “[...] o significado do trabalho no processo de constituição do indivíduo social e na produção da vida material [...]” (IAMAMOTO, 2008, p. 339). De maneira semelhante, no contexto da sociedade capitalista contemporânea neoliberal, faz-se necessário tratar a questão social, na condição de matéria-prima ou objeto de trabalho do assistente social, 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 alienação, exploração e exclusão social. Nessa perspectiva, o desvendamento do objeto ou da matéria-prima de trabalho do assistente social, pela utilização de meios ou do instrumental de trabalho, com vistas ao alcance de determinados produtos ou resultados, são elementos comuns aos processos de trabalho nos quais se inserem os profissionais de Serviço Social nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO, 2008).

Cardoso (2000), ao abordar o núcleo de fundamentos do trabalho profissional das diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABPESS) reitera três polêmicas que tem como cerne a concepção do Serviço Social como trabalho. A primeira manifestação da polêmica diz respeito à pertinência da utilização da categoria processo de trabalho para referir-se à prática do assistente social, uma vez que o referencial teórico trata do processo de trabalho relacionando-o organicamente ao trabalho

⁸⁷ Grifos da autora.

fábrica. A segunda manifestação da polêmica é o entendimento de que alguns segmentos da categoria profissional têm autonomizado o trabalho profissional do trabalho coletivo, ao tratar *do processo*⁸⁸ de trabalho do assistente social. Para a autora, esta questão não é central, pois:

[...] Nossa concepção é de que o fato de o Serviço Social, na sua dimensão como trabalho, se constituir como parcela do trabalho coletivo, não elimina as particularidades que o singularizam em relação às demais formas de expressões deste trabalho. Pode, portanto, ser tratado em particular, sem perder de vista que ele se materializa como um tipo de especialização na divisão social do trabalho, articulado a outros tipos configurados pelas diversas especializações que, no conjunto, dão corpo ao trabalho coletivo (CARDOSO, 2000, p. 11).

Atrelada à primeira, a terceira manifestação da polêmica diz respeito ao risco da utilização indevida da categoria trabalho para analisar processos no setor de serviços, transpondo o quadro teórico-metodológico marxiano, ou seja, sem considerar as mediações necessárias com o método dialético crítico, tais como as particularidades dos diversos setores e as formas de organização e gestão do trabalho oriundas das transformações societárias e no mundo do trabalho no último século (CARDOSO, 2000). A respeito disso, ao afirmar que o Serviço Social não é trabalho, Lessa (2000, p. 52) recorre ao pressuposto teórico-metodológico de que “[...] o Serviço Social não realiza a transformação da natureza nos bens materiais necessários à reprodução social [...]; pelo contrário, atua nas relações puramente sociais, nas relações entre os homens [...]” (LESSA, 2000, p. 52). No entanto, Cardoso (2000) questiona a concepção de trabalho como relação do homem com a natureza que desconsidera as determinações sócio-históricas e as próprias relações sociais que se constroem na e a partir da relação social do capital. Portanto, para realizar o deciframento do trabalho abstrato e concreto do assistente social, é necessário “[...] particularizar as análises nas específicas condições e relações sociais em que ele ocorre [...]” (IAMAMOTO, 2008, p. 430).

Desfazendo os neologismos terminológicos que não imprimem alterações à construção teórica abstrata que concebe a práxis social como atividade do sujeito individual, contra o mito de um único processo de trabalho *do* assistente social, Iamamoto (2008, p. 430) esclarece que “[...] existem diferentes processos nos quais se inscreve a atividade do assistente social [...]”, acrescentando que “quando se admite o processo de trabalho do assistente social, opera-se uma simples mudança terminológica de ‘prática’ para ‘trabalho’ mediante uma sofisticação epidérmica da nomenclatura, sem que se altere o universo de sua construção teórica abstrata [...]” (*id.*). Para superar tais questões, a autora propõe elucidar “[...] o exercício profissional nas particulares condições e relações de trabalho em que se inscreve, reconhecendo tanto suas

⁸⁸ Grifos nossos.

características enquanto trabalho útil ou concreto [...] quanto sua dimensão de trabalho humano abstrato [...]” (*ibid.*, p. 431). O desdobramento necessário dessa proposta de análise do trabalho do assistente social é “tratá-lo de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores –, e suas lutas –, que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de capital fetiche” (*id.*). Isso requer, “dar um salto de profundidade na incorporação da teoria social crítica no universo da profissão, aliada à pesquisa das respostas profissionais acionadas para fazer frente à *questão social*⁸⁹” (*ibid.*, p. 431-432).

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, intermediando as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais na linha de intersecção entre a esfera pública e a privada. Um primeiro desafio nesse cenário é o rompimento das unilateralidades presentes nas interpretações enviesadas que concebem o trabalho do assistente social tanto na perspectiva fatalista, superestimando “[...] a força e a lógica do comando do capital no processo de (re) produção, submergindo a possibilidade dos sujeitos de atribuírem direção às suas atividades” (IAMAMOTO, 2008, p. 417), quanto na perspectiva messiânica, deslocando 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*” (*id.*). Outro desafio é trazer o trabalho cotidiano do assistente social para o centro do debate coletivo no âmbito da profissão e para a agenda da pesquisa e produção acadêmica da área (IAMAMOTO, 2008). Ademais, a compreensão do trabalho do assistente social não pode distanciar-se das perdas decisivas vividas nas conquistas históricas pela classe trabalhadora, em prol das quais atua mediando o acesso às condições necessárias para a efetivação dos direitos sociais.

A produção teórica recente que tem o Serviço Social como objeto de estudo centra-se essencialmente na qualidade concreta e particular dessa especialização do trabalho coletivo, “[...] ou na sua *diferencialidade*⁹⁰, e identifica seus portadores como dotados de uma força de trabalho dotada de capacitação específica: capazes de criar um tipo de trabalho concreto distinto e particular” (IAMAMOTO, 2008, p. 418). No entanto, a produção teórica do Serviço Social não atribui a mesma centralidade à *identidade*⁹¹ do trabalho do assistente social, na condição de trabalho abstrato, isto é, “[...] trabalho social médio: parte alíquota do trabalho socialmente produzido. As implicações do trabalho do assistente social no circuito do valor –,

⁸⁹ Grifos da autora.

⁹⁰ Grifos da autora.

⁹¹ Grifos da autora.

da produção e distribuição do valor e da mais valia – [...]” (*id.*). O **trabalho do assistente social** se efetiva na tensa relação entre a condição de trabalhador assalariado⁹² e o projeto ético-político profissional, cujo dilema reside numa dupla dimensão. Por um lado, na relativa autonomia do assistente social na condução da atividade profissional regulada, socialmente legitimada como ‘liberal’, condicionada pelas lutas hegemônicas inerentes ao modo de produção capitalista que ampliam ou reduzem as bases sociais que sustentam sua direção social e teleologia. Por outro, no fato de o exercício profissional se realizar pela mediação do trabalho assalariado, sob a forma de mercantilização da força de trabalho, subordinado aos ditames do trabalho abstrato e processos de alienação, sendo o Estado e os organismos privados os maiores responsáveis pelos espaços sócio-ocupacionais nos quais se inserem os assistentes sociais (IAMAMOTO, 2008).

Em virtude de parte dos empregadores exercerem uma interferência direta na definição do trabalho realizado pelo assistente social, não se efetiva uma integral autonomia profissional. Ao não deter todos os meios necessários para a efetivação do trabalho profissional, o assistente social depende dos empregadores “[...] que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, forneçam meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis, e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional” (IAMAMOTO, 2005, p. 63). Assim, “[...] a *instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social*⁹³ [...]” (*id.*), pois é ela quem organiza os processos de trabalho dos quais o profissional participa (IAMAMOTO, 2005). Diante disso, o trabalho do assistente social pode constituir respostas “[...] tanto às demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pela mediação do seu oposto [...]” (*ibid.*, p.75). Somados, todos esses condicionantes vêm impactando nas configurações do trabalho do assistente social, delimitando particularidades nos diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais o profissional se insere em um contexto marcado, contraditoriamente, pela luta em prol da efetivação do projeto ético-político profissional na contramão dos ditames do modo de produção capitalista neoliberal, que se traduz no projeto societário hegemônico vigente.

⁹² Iamamoto (2008) utiliza a expressão “estatuto assalariado” para descrever a condição de trabalhador assalariado do assistente social.

⁹³ Grifos da autora.

3.2 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

No contexto de aprofundamento da crise econômica e mobilização política na década de 80 do século XX no Brasil, ocorre também a ampliação do debate teórico fundamentado no marxismo tanto na saúde pública, quanto no processo de renovação crítica do Serviço Social. O fato de constituir-se em um processo de revisão interna do Serviço Social dificultou o estabelecimento de uma relação mais direta com outros debates, não menos relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o Movimento de Reforma Sanitária. Ao partir da fundamentação e consolidação teórica no espaço acadêmico das universidades o processo de renovação da profissão acabou tendo pouca incidência sobre a dimensão interventiva no cotidiano dos serviços, adentrando a década seguinte com poucas significativas alterações da prática institucional, desarticulação com o movimento de Reforma Sanitária e insuficiente produção sobre as demandas postas ao trabalho no âmbito da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2006a).

Embora se contrapondo ao conservadorismo profissional, num primeiro momento, a aproximação com o marxismo manteve por meio de antinomias⁹⁴ uma linha de continuidade ou de aproximação vulgar à tradição marxista. No campo prático, essa aproximação se efetivou por meio do militância político-partidário. No campo teórico, pela vulgarização marxista (IAMAMOTO, 2005), através do acesso ao pensamento de Marx, sem recorrência a fontes originalmente escritas por ele. Ao discorrer sobre o segundo⁹⁵ tempo fundamental da intenção de ruptura, terceira⁹⁶ direção do processo de renovação do Serviço Social brasileiro, Netto (2005) indica o pioneirismo da reflexão de Marilda Villela Iamamoto sobre um conjunto de categorias temáticas elementares, tais como: trabalho, visão social do trabalho e Serviço Social inscrito em processos de trabalho, dentre outras.

No processo de renovação crítica e ruptura com o tradicionalismo, o marxismo conquista a maioria intelectual e se torna hegemônica⁹⁷ no projeto ético-político

⁹⁴ Determinações unilaterais, polarizações excludentes ou sobrepostas umas às outras, sobre estrutura e sujeito, determinismo e liberdade, protagonizadas pelo tradicionalismo profissional, por meio de mediações teórico-valorativas específicas (IAMAMOTO, 2005).

⁹⁵ O primeiro tempo fundamental da intenção de ruptura refere-se ao Método Belo Horizonte (Método BH), no período de 1972 a 1975 (NETTO, 2005).

⁹⁶ Conforme explicitado anteriormente, é precedida pela perspectiva modernizadora (1965-1975) e pela perspectiva de reatualização do conservadorismo (1975-1980) (NETTO, 2005).

⁹⁷ Netto (2006) afirma ser incontestável a conquista de tal hegemonia na segunda metade dos anos 90 do século XX, para a qual contribuíram dois fatores de ordem diversa. O primeiro se refere ao crescente envolvimento, multiplicação e descentralização dos espaços coletivos de discussão da categoria profissional, a exemplo dos

profissional do Serviço Social, derivando-se significativas mudanças no ensino, na pesquisa e na organização político-corporativa no final do século XX e início do século XXI. Diferentemente da aproximação anterior, nesse segundo momento, tratou-se de um encontro de nova qualidade com o marxismo mediado “[...] pela produção de Marx e por pensadores que construíram suas elaborações fiéis ao espírito da análise marxiana, desenvolvendo criativamente suas sugestões, preenchendo lacunas e enriquecendo aquela tradição [...]” (IAMAMOTO, 2005, p. 234). Paradoxalmente, identifica-se uma ofensiva conservadora 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, 2006a, p. 196).

A ofensiva conservadora ao marxismo recorre à reatualização do discurso da dicotomia teoria *versus* prática, expressando-se no apelo à responsabilização da sociedade civil diante do crescente descrédito da saúde enquanto política pública de responsabilidade do Estado e na suposta necessidade de construção de um saber específico para o Serviço Social, negando a formação generalista ou adequando a dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa do assistente social às diferentes especialidades a partir das quais se organiza a intervenção médica. Sobre esta última, observa-se a emergência de três (03) expressões no contexto de inserção profissional do assistente social na saúde: 1- autodenominação de “sanitaristas” por parte de alguns assistentes sociais ao realizarem a formação em saúde pública; 2- privilegiamento das questões 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).

O equívoco não reside na busca de conhecimentos relacionados à área da saúde ou na interdisciplinaridade, mas na diluição ou no obscurecimento da identidade profissional associado ao desvirtuamento da teleologia e do direcionamento social do Serviço Social, a partir do momento em que por conta das demandas do mercado de trabalho profissional, o assistente social passa a privilegiar as competências profissionais às atribuições privativas ou desenvolver outras atividades não identificadas como próprias da profissão. Em outras palavras, diz respeito ao contínuo distanciamento das bases que conformam o atual projeto ético-político profissional do Serviço Social, em um cenário no qual o mercado de trabalho passa a requerer um trabalhador polivalente “[...] com novas características técnicas e

Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS). O segundo diz respeito à sintonia das linhas fundamentais do marxismo com o movimento da sociedade brasileira ou das classes sociais (idem, *op. cit.*, *ibid.*).

sociointelectivas, capaz de atuar em diferentes funções ou postos de trabalho. Os conceitos de profissão e formação específica, especializada, tendem a perder funcionalidade e desaparecer” (KOIKE, 2009, p. 04). Para evitá-lo, reafirma-se a defesa do marxismo como expressão da renovação crítica da profissão, capaz de assegurar contemporaneidade ao Serviço Social, sua capacidade de decifrar os movimentos da sociedade brasileira e construir respostas profissionais que o tornem necessário no espaço e tempo da sociedade (IAMAMOTO, 2009). Assim, entende-se que o eixo central do trabalho do assistente social na saúde deve ser:

A busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2006a, p. 213).

O projeto ético político-profissional do Serviço Social é produto histórico do movimento social de luta pela democratização do Estado no País, com forte presença da resistência social da classe trabalhadora contra a ditadura do capital. Realiza-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 e outras categoriais profissionais e movimentos sociais organizados; d) no trabalho desenvolvido nos diferentes espaços sócio-ocupacionais; e) no ensino universitário (IAMAMOTO, 2008). A legislação profissional significa a defesa da autonomia profissional, pois “[...] princípios e valores éticos, competências e atribuições, além de conhecimentos essenciais, que têm força de lei, sendo judicialmente reclamáveis” (*ibid.*, p. 224). A regulamentação legal se materializa no Código de Ética Profissional (1993) e atualizações (2011), na Lei de Regulamentação da Profissão (1993), nas Diretrizes Curriculares (1996) que instituem a proposta básica para o projeto de formação profissional. Na condição de projeto coletivo forjado pelo conjunto de agentes de uma profissão, os projetos profissionais apresentam:

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

Os projetos profissionais contêm uma dupla dimensão. De um lado, diz respeito às “[...] condições macrosociedadeiras que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce

a profissão, seus limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2002, p. 19). Por outro lado tange às respostas profissionais técnicas e ético-políticas “[...] que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais” (*id.*). Delinear o projeto ético-político profissional do Serviço Social pressupõe 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; as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e a forma sob a qual se concretizam na relação com a população usuária, instituições e demais projetos profissionais (IAMAMOTO, 2002). A primeira questão a considerar nas ponderações sobre os projetos, individuais ou coletivos, numa sociedade de classes, é o caráter político, visto que todas:

As formas de prática envolvem interesses sociais os mais diversos que se originam, através de múltiplas mediações, das contradições das classes sociais em conflito na sociedade. O que as movem na verdade são as necessidades sociais reais que lançam os homens em atividades humano-criadoras percebidas no metabolismo social (trabalho – ato fundante das relações sociais) (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 02).

Por sua vez, o projeto societário compreende necessária e concomitantemente projetos de classe, isto é, “[...] projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade” (NETTO, 2006, p. 142). O referencial teórico neoliberal adotado pelo Estado brasileiro no plano econômico e social a partir da metade da década de 90 do século XX, associados ao modelo *toyotista* de gestão e organização do trabalho no modo de produção capitalista, configuram o projeto societário hegemônico, destoante tanto do projeto ético-político profissional do Serviço Social quanto do Movimento de Reforma Sanitária. Como consequência da hegemonia do referido projeto societário, restringem-se as responsabilidades público-estatais e os recursos orçamentários destinados ao atendimento das necessidades sociais, desmontando-se direitos historicamente conquistados e radicalizando-se desigualdades⁹⁸ sociais, verso⁹⁹ da relação social contraditória do capital. Aprofunda-se a articulação da saúde à lógica do mercado, atribuindo-se ao Estado a responsabilidade de garantir condições mínimas à população impossibilitada de arcá-la a partir de recursos próprios. Exponencia-se a questão social, espaço no qual se expressa a desigualdade social, e

⁹⁸ Depois de apresentar indicadores quantitativos e para demonstrar a desigualdade social no Brasil, Netto (2007) observa que, embora em nível diverso, a desigualdade não é apanágio brasileiro, pois marca o conjunto das principais sociedades capitalistas latino-americanas.

⁹⁹ Expressão utilizada com o intuito de reforçar a existência de um anverso ou outro lado do binômio capital *versus* trabalho, característico da relação contraditória do capital, que é a resistência social.

cujas expressões constituem objeto ou matéria-prima do trabalho do assistente social (NETTO, 2007).

Envolta nessa conjuntura, a crítica aos modelos de atenção em saúde – caudatária da investigação acerca dos determinantes dos processos de trabalho em saúde e das múltiplas modalidades de organização social das práticas de saúde, principalmente a Medicina Previdenciária, as empresas médicas de Medicina de Grupo e as experiências alternativas que começavam a surgir (TEIXEIRA, 2006) –, remonta ao Movimento de Reforma Sanitária, informando distintos projetos políticos em disputa na saúde. No sentido restrito, os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde referem-se à lógica que orienta a organização dos serviços de saúde, o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde e o modo de administração dos sistemas de saúde. No sentido amplo, para além desses elementos, compreendem a combinação de conhecimentos, procedimentos e técnicas, tecnologias materiais e imateriais e a forma de organização das relações entre profissionais e usuários com o intuito de intervir nos problemas ou nas necessidades de saúde (PAIM, 2003), voltando-se à demanda espontânea (modelo médico hegemônico) ou às necessidades de saúde (modelo de saúde pública de Reforma Sanitária).

De maneira complementar e contraditória, se conformam na saúde dois modelos de atenção: o médico-assistencial privatista e o de Reforma Sanitária. O primeiro, fortemente criticado pelas divergências com o projeto ético-político profissional do Serviço Social, o modelo de atenção em saúde médico-assistencial privatista ou projeto privatista, 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” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 200). É uma forma de conceber a saúde centrada na demanda espontânea, representada pela medicina liberal, pelas cooperativas médicas, pela medicina de grupo, pelo seguro-saúde e pelo plano de saúde, intervenções estas facilmente identificadas no setor privado. Contudo, também se faz presente nos serviços públicos, por meio de hospitais, centros de saúde e laboratórios, quando os mesmos não estão organizados para atender às necessidades de saúde. Além de ser eminentemente curativo, cerceia o atendimento integral e não se compromete com os impactos do processo de adoecimento ou o nível de saúde da população (PAIM, 2003). O modelo de atenção em saúde médico-assistencial privatista ou projeto privatista:

[...] Requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde,

assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206).

O segundo, correntemente defendido pelas convergências com o projeto ético-político profissional do Serviço Social, denominado como modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária, parte da concepção de um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas e pelos direitos sociais. Está calcado na busca pela “[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde [...] acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã” (BRAVO; MATOS, 2006a, p. 206). A saúde é concebida como um direito social de responsabilidade do Estado, fundamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS), que deve ser garantido por meio de um conjunto de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde do ser social em sua inserção familiar e comunitária. O modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas:

Que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206).

Os princípios estruturantes da Reforma Sanitária, histórica e atualmente, consistem na defesa da universalização das políticas sociais e na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010). Ao conceber o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia de orientação do modo de fazer saúde e de institucionalidade da saúde na condição de direito social, enquanto produto inspirado no processo sócio-histórico de mobilização político-democrática empreendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária tem no Estado o responsável pelas políticas sociais, pela seguridade social e pelos direitos sociais. Considerando-se que tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou projeto de Reforma Sanitária tem no Movimento de Reforma Sanitária o principal determinante da sua gênese, torna-se eminente a convergência entre eles. De maneira semelhante, ambos vão ao encontro dos princípios éticos fundamentais do assistente social, que integram o projeto ético-político profissional do Serviço Social. Assim sendo, é possível sintetizar a convergência entre os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção em saúde de

Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária e os princípios éticos fundamentais do assistente social, conforme a sistematização apresentada no Quadro B¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Ainda que os princípios tenham sido pareados, devido à complementaridade e abrangência de sentido entre os princípios éticos fundamentais do assistente social e à convergência destes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns deles poderiam, inequivocamente, parear-se mais vezes.

| PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DO MODELO DE ATENÇÃO DE REFORMA SANITÁRIA OU PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA (BRASIL, 1990a) | | PRINCÍPIOS ÉTICOS FUNDAMENTAIS DO ASSISTENTE SOCIAL (BRASIL, 2011b) |
|--|----------------------|--|
| DOCTRINÁRIOS OU FINALÍSTICOS | UNIVERSALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo. • [...] Universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. |
| | EQUIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento em favor da equidade e justiça social [...]. • Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. • Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças. • Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. • Exercício do Serviço Social sem ser discriminado (a), nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. |
| | INTEGRALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos (as) trabalhadores (as). • Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. |
| ORGANIZATIVOS OU ESTRATÉGICOS | PARTICIPAÇÃO POPULAR | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras. • Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. |

Quadro B – Convergências entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária e os princípios éticos fundamentais do assistente social.

Fonte: Brasil (1990a); Brasil (2011b); Camargo (2014).

Concorre à materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária, a mobilização da categoria profissional dos assistentes sociais no desenvolvimento do projeto ético-político profissional do Serviço Social comprometido com a construção e a qualificação de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, com vistas à atenção integral necessária à efetivação do direito social à saúde, de responsabilidade do Estado. Para essa mediação, é necessário que o Serviço Social se articule às demais categorias profissionais que pactuem da defesa da saúde enquanto direito social de responsabilidade do Estado, do Modelo de Reforma Sanitária como proposta político-democrática orientadora do trabalho coletivo na saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia privilegiada de organização da política pública de saúde. Merhy (1997, p. 72) adianta que, ou esta se torna um tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores da saúde no sentido de transformar o cotidiano do modo de fazer saúde ou “[...] os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada”.

O processo de fusão¹⁰¹ do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (1991) e o Programa Saúde da Família (1994), levado a cabo no período de 1995 a 1997, do qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fruto, ampliou o quadro de pessoal técnico e de nível superior, mas não alterou, estruturalmente, o enfoque na assistência médica no modo de fazer saúde. Desde o início do século em curso, dentre os desafios apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) situam-se a incorporação da agenda da Reforma Sanitária e a construção de novos modelos de atenção em saúde. Nas diretrizes da gestão destaca-se a ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando-se o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS). Os modelos de atenção em saúde permanecem representados pelo médico-assistencial privatista ou projeto privatista e o de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária. Dentre as estratégias necessárias para viabilizar os objetivos e metas traçados, ressalta-se o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) mediante a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa Saúde da Família (PSF) coloca-se no cenário político-institucional da saúde tanto como um ‘programa’ vertical elaborado pelo Ministério da Saúde [MS] e implementado no âmbito estadual e municipal como expressão da política de ‘focalização’ das ações básicas em populações pobres, quanto aparece para alguns atores, como uma ‘estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde’, na medida

¹⁰¹ Apresenta relação com a intensificação da descentralização “com repasse progressivo da gestão do sistema de saúde para o nível municipal” (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 170) e a alteração significativa dos mecanismos de financiamento da atenção básica.

em que sua implantação pode propiciar não somente o atendimento das necessidades básicas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p. 171).

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2006) apresentada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) através do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), definiu-se o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia prioritária para a organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em território nacional, sob a denominação de Atenção Básica em Saúde (ABS). Nesse ínterim, a abrangência da Atenção Básica em Saúde (ABS) é teórico-conceitual e técnico-operativamente afim às abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, mesclada à Atenção Primária e traços da Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral. Com o lançamento das Portarias n. 649/2006 e 650/2006, definiram-se os valores de financiamento para a estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para as Equipes Saúde da Família (ESF) e a revisão das diretrizes e normas organizacionais da atenção básica (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Na descrição da infraestrutura e dos recursos apontou-se a estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, com a composição de uma “equipe mínima”, novamente atribuindo centralidade aos cuidados básicos de saúde focalizados na assistência médica. Por um lado, o instrumento governamental abre a possibilidade de ampliação das categorias profissionais de saúde de nível superior e técnico no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, sugere a configuração de uma “equipe mínima” com ênfase “biologista” semelhante aos modelos de atenção anteriores, colocando em xeque a efetivação dos seus próprios fundamentos de ação interdisciplinar, integral e intersetorial¹⁰² e atribuindo aos gestores municipais o poder decisório quanto à inclusão de outras categorias profissionais de saúde de nível superior¹⁰³ e técnico, como o assistente social, na conformação da atenção básica nos municípios do País.

Dando sequência à lógica de privilegiamento da Atenção Básica em Saúde (ABS) aprova-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (2008), sob a forma de equipe matricial de apoio às equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF), perseguindo o propósito de ampliação da abrangência e o do escopo das ações da Atenção Básica em Saúde (ABS), bem como da resolutividade desta na rede de serviços. De acordo

¹⁰² Pressupõe a intersetorialidade das ações enquanto estratégia que visa à superação da fragmentação das políticas nas diversas áreas em que são operacionalizadas (CAMARGO, 2009).

¹⁰³ São quatorze as áreas reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) por categorias profissionais de saúde de nível superior: profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos (de várias especialidades), nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998).

com a proposição governamental, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem ser constituídos por equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento buscando “instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS [Sistema Único de Saúde] por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes da Saúde da Família (ESF)” (BRASIL, 2008, p. 02). Estão previstas duas modalidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):

§ 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, 2008, p. 02).

Ambas as modalidades preveem a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de maneira integrada à rede de serviços de saúde, com base em necessidades de saúde identificadas em conjunto com as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF). O desenvolvimento das atividades na “Modalidade 1” deve vincular-se a no mínimo oito (08) e no máximo vinte (20) equipes de Saúde da Família. As atividades na “Modalidade 2” devem vincular-se a no mínimo três (03) equipes de Saúde da Família. Alves (2005) indica que as equipes matriciais foram implantadas prioritariamente nos municípios que apresentavam maior prevalência de problemas de saúde. O apoio matricial em saúde tem por objetivo asseverar “retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde [...] uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

A relação estabelecida entre a equipe matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF) pressupõe a construção compartilhada de diretrizes e a definição de parâmetros de indicação do rol de responsabilidades de cada um deles na prestação da atenção em saúde. Em que pese aos modelos de atenção em saúde anteriores, a inclusão de novas áreas de conhecimento em sua grande maioria reconhecida como categorias profissionais de saúde de nível superior pelo

Conselho Nacional de Saúde (CNS), apesar de em condições de cobertura diferenciada daquelas da “equipe mínima”, representa um salto qualitativo em direção à transformação dos processos de trabalho e do modelo de atenção em saúde. Isso se sustenta no potencial que a ampliação das categorias profissionais de saúde de nível superior pode representar em relação ao atendimento às demandas dos diversos segmentos sociais e entidades representativas profissionais da sociedade brasileira nos últimos anos, cujos interesses são afins aos pressupostos do Movimento de Reforma Sanitária de universalização da saúde, promoção de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, com vistas à atenção integral do ser social.

A luta no âmbito da organização multiprofissional do trabalho coletivo em prol de condições mais equitativas de inserção profissional nos espaços sócio-ocupacionais da política de saúde, em particular, nos serviços que dizem respeito ao nível primário no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), todavia se faz presente. Nessa perspectiva, se reconhece que a Atenção Primária em Saúde (APS) compreende como atributos essenciais “o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema” (BRASIL, 2009, p. 09), constituindo-se em importante estratégia de reorganização do modelo de atenção com centralidade na família e nos determinantes sociais de saúde, o qual deve voltar-se à efetivação da saúde como direito social de responsabilidade do Estado, por meio de um conjunto de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, com vistas à atenção integral às necessidades de saúde do ser social, em sua totalidade histórica e nas contradições vivenciadas frente às desigualdades sociais. A totalidade destas características converge com o atual projeto ético-político profissional do Serviço Social.

No Quadro C, estão explicitados os princípios transversais à Estratégia Saúde da Família (ESF), à Atenção Básica em Saúde (ABS), à Atenção Primária em Saúde (APS), ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios éticos fundamentais do assistente social.

| ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) | ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) | ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) | PRINCÍPIOS ÉTICOS FUNDAMENTAIS DO ASSISTENTE SOCIAL |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Controle Social | Participação social | Participação | Participação popular | Aprofundamento da democracia |
| Equidade | Equidade | Justiça social | Equidade | Equidade e justiça social |
| Integralidade | Integralidade | Atenção integrada e abrangente | Integralidade | Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais e compromisso com a qualidade dos serviços prestados |
| Universalização | Universalidade | Alcance universal aos serviços | Universalidade | Universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais |

Quadro C – Princípios transversais à Estratégia Saúde da Família (ESF), à Atenção Básica em Saúde (ABS), à Atenção Primária em Saúde (APS), ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios éticos fundamentais do assistente social.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978); Brasil (1990a); Silveira Filho (2005); Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2005); Brasil (2006a); Brasil (2011b); Camargo (2014).

4 O PROCESSO DE TRABALHO EM ESPIRAL DA PESQUISA

O processo de trabalho em espiral¹⁰⁴ da pesquisa é uma adaptação do *ciclo da pesquisa* alcunhado por Minayo (2008), que compreende os três momentos do processo investigativo caracterizados como: momento exploratório, trabalho de campo e tratamento do material, à luz dos quais se apresenta, neste capítulo, a pesquisa de Doutorado em Serviço Social. O momento exploratório abarca a delimitação do tema de pesquisa; a formulação do problema, a definição das questões norteadoras, do objetivo geral, dos objetivos específicos e da Tese de Doutorado em Serviço Social; a escolha do método, das categorias teórico-metodológicas e das categorias temáticas; a caracterização do tipo, do universo e da amostra da pesquisa. O trabalho de campo, por não se tratar de uma pesquisa de campo, cede espaço à consulta às fontes bibliográficas com a utilização dos instrumentos de coleta de dados, bem como a seleção das publicações do Serviço Social com informações comuns ao escopo da pesquisa e à reconstituição da realidade profissional. O tratamento do material contém a organização, a análise e a interpretação dos dados coletados nas fontes bibliográficas e estrutura-se em três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação; que compõem a análise de conteúdo com corte temático.

4.1 MOMENTO EXPLORATÓRIO: DEFINIÇÃO DOS ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO DE PESQUISA

O momento exploratório do processo de trabalho em espiral da pesquisa teve como ponto de partida a definição do objeto de estudo “as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI na produção teórica do Serviço Social”. Na perspectiva semântica, a palavra configuração é um substantivo feminino que se refere à forma exterior, ao aspecto, à figura, à aparência

¹⁰⁴ Visa contemplar a lei de superação ou do desenvolvimento em espiral da dialética, que revela o movimento em espiral, retorno do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, elevando-o à superação dos seus limites. As demais leis da dialética são: 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 e essencial; 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 (LEFEBVRE, 1991).

(HOLANDA, 2013). Uma primeira questão a ser elucidada a respeito disso é que, ao partir da produção teórica do Serviço Social na qual se expressam as reflexões da categoria profissional dos assistentes sociais sobre o trabalho realizado na Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI, o objeto de estudo não se propõe a abordar a materialização concreta do trabalho profissional nesse espaço sócio-ocupacional. No entanto, para não cair nas armadilhas da análise enviesada do real, adotou-se como fio condutor de todo o processo de trabalho em espiral da pesquisa, desde o momento exploratório do processo investigativo até a inferência e interpretação dos resultados, a perspectiva dialética e crítica pela qual se propõe à superação da aparência e o desvendamento da essência do objeto de estudo, considerando a conformação de mais de uma configuração ou de múltiplas configurações do trabalho profissional expressas na produção teórica da área.

A realização de um estudo analítico pressupõe um maior aprofundamento do tema selecionado. Portanto, o planejamento de uma pesquisa deve ser permeado e fundamentado por valores e ter direção definida dentro da história de vida do pesquisador (PRATES, 2004). Não obstante a isso, a aproximação com o objeto de estudo mescla-se à experiência profissional e acadêmica na condição de assistente social, docente universitária e pesquisadora, tendo emergido na formação com ênfase em “Atenção Básica em Saúde Coletiva”, através do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) e da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) (2005/2007). Ao caracterizar-se como pós-graduação lato *sensu* estruturada na díade ensino-serviço, essa formação possibilitou a inserção em serviços de atenção e gestão no nível básico e, em menor proporção, no nível secundário de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando equipes multiprofissionais compostas por múltiplas categorias profissionais de saúde de nível superior e técnico, na condição de residente de Serviço Social.

Um conjunto de contradições observadas na realidade do processo formativo em serviço, em especial, em serviços de atenção e gestão em nível municipal e estadual de atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suscitou, a *priori*, o interesse pelo tema dos processos de trabalho dos quais os assistentes sociais eram partícipes. Dentre as contradições observadas, era preliminar o hiato existente entre a reconhecida potencialidade da modalidade ensino em serviço na formação de recursos humanos qualificados para atuar no primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive apontada como um dos princípios da instituição formadora, e a facultativa absorção dos assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional, em virtude da inexistência de amparo nas publicações e medidas

jurídico-formais de autoria da gestão federal e estadual e conseqüente sujeição ao crivo da gestão municipal.

Em decorrência do ingresso no Curso de Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2007/2009), canalizaram-se, *a posteriori*, as inquietudes profissionais à realização de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa sobre as configurações dos processos de trabalho nos quais os assistentes sociais encontravam-se inseridos na atenção básica em saúde coletiva, no município de Porto Alegre, capital do Estado do Grande do Sul (RS). Os resultados da pesquisa constituíram a Dissertação¹⁰⁵ de Mestrado em Serviço Social (2009). Nesse ínterim, ganhava contornos um aspecto considerado nuclear entre a Saúde Coletiva e o Serviço Social, o qual se convencionou denominar de convergência entre o objeto de atenção da saúde coletiva e o objeto ou matéria-prima do trabalho do assistente social (CAMARGO, 2009).

O problema de pesquisa deve, além de conter o tema delimitado, ser formulado de maneira interrogativa, isto é, sob a forma de uma pergunta, uma indagação ou um questionamento, todavia não solucionado ou que demanda a construção de respostas. A forma interrogativa “[...] apresenta a vantagem de ser simples e direta [...]” (GIL, 2008, p. 38). Para formulá-lo deve-se lançar mão de um processo contínuo de pensar reflexivo, o que alude a “[...] conhecimentos prévios do assunto (materiais informativos), ao lado de uma imaginação criadora” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 26). Em atenção a isso, construiu-se o problema de pesquisa “como a produção teórica do Serviço Social expressa as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI?” Na formulação do problema de pesquisa, deve-se também propor outras problematizações que intervêm na pesquisa e, possivelmente, entre si, as quais foram desdobradas em três questões norteadoras:

- **Questão norteadora 1** – Como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)?
- **Questão norteadora 2** – Quais as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)?
- **Questão norteadora 3** – Que princípios orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)?

¹⁰⁵ Desenvolvida com concessão de bolsa integral do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a orientação da Professora Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2009).

Para tornar explícito o problema de pesquisa e aumentar os conhecimentos sobre o tema delimitado é necessário definirem-se os objetivos. Para as autoras, toda pesquisa deve “[...] ter um objetivo determinado para saber o que vai procurar e o que se pretende alcançar” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 24). Assim sendo, definiu-se como objetivo geral da pesquisa o de “explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI”. Para complementar o objetivo geral e contribuir na construção de respostas ao problema de pesquisa e às questões norteadoras, foram definidos três objetivos específicos:

- **Objetivo específico 1** – Identificar como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas a apreender as concepções que orientam a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho profissional.

- **Objetivo específico 2** – Investigar as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de reconhecer o trabalho realizado nesse espaço sócio-ocupacional.

- **Objetivo específico 3** – Explicitar os princípios que orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), tendo em vista articular o projeto ético-político profissional e o modelo de atenção em saúde.

Um importante desafio enfrentado na política de saúde no século XXI diz respeito à inconclusa luta em prol da ampliação acompanhada de condições mais equitativas de inserção das categorias profissionais no nível primário de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objeto de intervenção profissional extrapole a perspectiva médico-assistencial privatista, com ênfase individual, curativa e na medicalização. Nesse ínterim, a atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como estratégia privilegiada de reorganização do modelo de atenção e o assistente social se constitui em trabalhador coletivo histórica e tecnicamente capacitado para intervir junto aos determinantes sociais da saúde, realizando seu trabalho por meio da mediação do acesso às condições necessárias à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado, com vistas à atenção integral, interdisciplinar e intersetorial. Assim sendo, construiu-se *a priori* a Tese de Doutorado em Serviço Social de que, *apesar da incipiente produção teórica do Serviço Social, as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) ratificam as interfaces entre o*

projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Quadro D, estão explicitados os principais elementos estruturantes do Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social.

| TEMA | DELIMITAÇÃO DO TEMA |
|---|--|
| Trabalho do assistente social e Atenção Primária em Saúde (APS). | As configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI na produção teórica do Serviço Social. |
| PROBLEMA DE PESQUISA | OBJETIVO GERAL |
| Como a produção teórica do Serviço Social expressa as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI? | Explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI. |
| QUESTÕES NORTEADORAS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questão norteadora 1 – Como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)? | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo específico 1 – Identificar como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas a apreender as concepções que orientam a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho profissional. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questão norteadora 2 – Quais as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)? | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo específico 2 – Investigar as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de reconhecer o trabalho realizado nesse espaço sócio-ocupacional. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questão norteadora 3 – Que princípios orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS)? | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo específico 3 – Explicitar os princípios que orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), tendo em vista articular o projeto ético-político profissional e o modelo de atenção em saúde. |

Quadro D – Principais elementos estruturantes do Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social.

Fonte: Camargo (2014).

4.1.1 Escolha do método, das categorias teórico-metodológicas e das categorias temáticas da pesquisa

A profundidade no tratamento do tema delimitado, o uso de critérios de cientificidade e a utilização de métodos científicos são algumas das características que particularizam a pesquisa científica em relação àquelas de senso comum (PRATES, 2004). O método não é exclusividade da ciência, mas, a ciência não existe sem a utilização de métodos científicos. A reconstituição da realidade profissional pressupõe ao Serviço Social, a opção por um método que conceba o ser social na totalidade histórica, diante das contradições dadas pelas correlações de forças que se interrelacionam no cotidiano da vida social. O método diz respeito ao “[...] caminho para se chegar a determinado fim” (GIL, 2008, p. 08), e o método científico se refere ao “[...] conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (*id.*).

A pesquisa fundamenta-se no método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas: historicidade, totalidade, contradição e mediação. No processo de trabalho em espiral da pesquisa, o método dialético crítico contempla “[...] o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade” (PRATES, 2004, p. 01). Esse método é, atualmente, hegemônico, mas, não homogêneo no Serviço Social brasileiro. Historicamente, identificam-se dois momentos distintos de aproximação da profissão com o marxismo. O primeiro compreende o período do final dos anos 70 até o final dos anos 80 do século XX, no qual “[...] a referência formal ao marxismo e a Marx tornou-se dominante entre as vanguardas profissionais; houve mesmo uma espécie de moda do ‘materialismo histórico’” (NETTO, 2009, p. 30). O segundo se inicia no final dos anos 80 do século XX e persiste atualmente, em um contexto marcado pela “[...] pressão do neoconservadorismo pós-moderno que começou a envolver as ciências sociais, o marxismo ‘entrou em baixa’ no Serviço Social – o elegante tornou-se a adoção de ‘novos paradigmas’” (*id.*).

Kosik (1989, p. 09), afirma que a dialética trata “[...] da ‘coisa em si’. Mas a coisa em si, não se manifesta imediatamente ao homem”. O objetivo da dialética é apreender a essência dos fenômenos através da relação entre aparência e essência, entendendo que se trata de objetos não fixados, mas, em movimento, sendo sempre o fim de um processo o início de outro. Na dialética, concebe-se o mundo como um devir, repleto de processos inacabados ou em vias de transformação. Dirige-se, portanto, à gênese do objeto ou fenômeno de estudo,

buscando desvendar suas derivações objetivas. Noutras palavras, “o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2009, p. 08). Portanto, o objeto ou fenômeno sobre o qual versam as pesquisas, têm existência objetiva, o que independe da consciência do pesquisador, pois:

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento [...] é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado (MARX, 1968, p. 16).

As categorias teórico-metodológicas historicidade, totalidade, contradição e mediação utilizadas na pesquisa, encontram-se intrinsecamente articuladas, não sendo possível separá-las, pois “[...] estão mutuamente imbricadas [...] não se constituem apenas em elementos para realizar a análise do real, mas são parte do próprio real” (PRATES, 2003, p. 203). Enquanto categoria do método, a historicidade ratifica a essência processual do ser e da realidade social, “[...] o movimento e transformação do homem, da realidade e dos fenômenos. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão sempre em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos” (PRATES, 2005, p. 142). A categoria teórico-metodológica historicidade perpassou todo o processo de trabalho em espiral da pesquisa, contemplando desde a escolha da temporalidade ou corte histórico do estudo, o resgate histórico pertinente às categorias temáticas da pesquisa, até a inferência e interpretação dos resultados, articuladamente ao atual contexto sócio-histórico. A história é “[...] a verdadeira história natural do homem” (MARX, 2003, p. 183).

Nossa [de Marx e Engels] concepção da história é, antes de tudo, um guia para o estudo [...]. É necessário estudar novamente toda a história – e estudar, em suas minúcias, as condições de vida das diversas formações sociais – antes de fazer derivar delas as ideias políticas, estéticas, religiosas [...] etc. que lhes correspondem (MARX; ENGELS, 1963, p. 283).

A totalidade se refere ao todo articulado, conectado, onde a problematização e explicação de um objeto ou fenômeno depende das determinações das partes sobre o todo e do todo sobre as partes. A totalidade concreta “[...] não é um todo dado, mas em movimento de autocriação permanente, o que implica a historicização dos fenômenos que a compõem” (PRATES, 2003, p. 87). A compreensão dialética da totalidade significa “[...] não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, 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. 42). À totalidade pertence a criação da unidade e do todo, bem como de suas contradições. Não é um “[...] ‘todo’ constituído por ‘partes’ funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade” (NETTO, 2009, p. 27).

Compreender a historicidade é conhecer o objeto ou fenômeno de estudo situando-o no caminho percorrido pela sociedade na realidade social. E conhecer a realidade social significa desvendá-la, a partir do movimento dialético de elucidação da parte para o todo e do todo para a parte. No processo de trabalho em espiral da pesquisa, a categoria teórico-metodológica totalidade, intrinsecamente conectada às categorias temáticas da pesquisa e demais categorias teórico-metodológicas, referiu-se à articulação entre o conjunto de elementos constitutivos, determinações sócio-históricas, contradições e mediações concernentes à apreensão do objeto de estudo. Esse processo se materializou através da reconstituição da realidade profissional com base na produção teórica do Serviço Social, contemplando a perspectiva crítica de análise do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), através do movimento dialético do particular (ou da parte) para o geral (ou o todo) e do geral para o particular.

A contradição, mais do que exclusão, se refere à negação inclusiva, visto que supõe um movimento onde um contrário precisa negar o seu oposto para então poder superá-lo. Mais do que uma relação de exclusão, a contradição “[...] é uma inclusão plena, concreta dos contrários – uma negação inclusiva [...]” (PRATES, 2003, p. 89). A totalidade concreta e articulada é uma totalidade dinâmica, “[...] seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas – e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação” (NETTO, 2009, p. 27). A natureza, os ritmos, as condições, os limites, os controles e as soluções para as contradições dependem da estrutura de cada totalidade, inexistindo formas ou fórmulas apriorísticas para determiná-las, cabendo ao pesquisador desvendá-las. Se o real é contraditório, “[...] então que o pensamento seja pensamento consciente da contradição” (LEFEBVRE, 1991, p. 174). O processo de trabalho em espiral da pesquisa contemplou a categoria teórico-metodológica contradição ao explicitar as contradições ou os processos contraditórios que atuam sobre o objeto de estudo.

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 por meio da mediação que

se torna possível a aproximação com a essência do objeto ou fenômeno, na sua totalidade histórica e a partir do entendimento das contradições que a permeiam. Por isso, a questão crucial reside em “[...] descobrir as relações entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa” (NETTO, 2009, p. 28). Nos seus estudos sobre mediação e Serviço Social, Pontes (1995, p. 177), considera o assistente social um “[...] articulador e potencializador de mediações [...], ele atua nos sistemas de mediações que infibram as refrações da ‘questão social’ constitutivas das demandas sociais à profissão”. As mediações são categorias instrumentais através das quais “[...] penetramos nos nexos constitutivos do real, desvendando suas contradições” (PRATES, 2004, p. 93). No processo de trabalho em espiral da pesquisa, através da categoria teórico-metodológica mediação tornou-se possível o estabelecimento de articulações com as categorias temáticas da pesquisa e demais categorias teórico-metodológicas, com vistas à apreensão do objeto de estudo.

De maneira articulada às categorias teórico-metodológicas definiram-se as categorias temáticas da pesquisa: trabalho do assistente social, projeto ético-político profissional do Serviço Social, Atenção Primária em Saúde (APS), Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo de atenção em saúde, inspiradas no referencial teórico do Serviço Social e da Saúde Coletiva e nas publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS). Nesse contexto, as categorias temáticas da pesquisa caracterizam-se como palavras chave representativas do objeto de estudo, cujas dimensões contemplam os elementos que lhes são constitutivos. A rigor, a escolha das categorias temáticas da pesquisa exige, além de uma adequada revisão bibliográfica preliminar, sucessivas revisões bibliográficas ao longo do processo de trabalho em espiral da pesquisa. Com base na revisão bibliográfica empreendida com a finalidade de “[...] colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 71), isto é, sobre o objeto de estudo, definiram-se as categorias temáticas da pesquisa, cuja síntese das respectivas dimensões constitutivas encontra-se sistematizados no Quadro E, considerando-se os objetivos pretendidos.

| CATEGORIA TEMÁTICA | DIMENSÕES |
|---|---|
| TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL | Atividade adequada a um fim; ação profissional desenvolvida pelo assistente social; condição de trabalhador assalariado; relativa autonomia. |
| PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL | Projeto coletivo; autoimagem da profissão; princípios; objetivos; condições macrosociais que determinam o exercício profissional, limites e possibilidades; respostas profissionais técnicas e ético-políticas. |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) | Determinantes sociais de saúde; necessidades de saúde; primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde; acesso universal; equidade na atenção em saúde; promoção da saúde; integralidade; intersetorialidade; participação social. |
| SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) | Política pública de saúde brasileira; conjunto de ações e serviços públicos de saúde; níveis de atenção: básica ou primária, secundária ou de média complexidade e terciária ou de alta complexidade. |
| MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE | Modelos assistenciais; modos de intervenção em saúde; lógica que orienta o planejamento e a atenção em saúde. |

Quadro E – Categorias temáticas da pesquisa e síntese das respectivas dimensões constitutivas.

Fonte: Camargo (2014).

4.1.2 Caracterização do tipo, universo e amostra da pesquisa

A atividade básica da ciência é a pesquisa em sua indagação, apreensão da realidade social e busca de aproximação com o real. A pesquisa, por meio da problematização, da indagação ou do questionamento, apresenta a capacidade de estabelecer novas explicações para o real. Segundo Demo (1997, p. 36), a pesquisa é o “[...] 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. Como princípio social, a pesquisa pode integrar o enfrentamento das desigualdades sociais, traçando a crítica aos processos que as desencadeiam e produzindo elementos que possam subsidiar a resistência social dos seres sociais nela envolvidos ou que dela se utilizarão.

A pesquisa social apresenta algumas características que a particularizam. A primeira característica é o fato de o objeto das Ciências Sociais ser histórico, portanto, a provisoriedade

é característica elementar de todo e qualquer objeto de estudo. A segunda característica, decorrente da primeira, diz respeito à consciência histórica do objeto em estudo, isto é, ao nível de consciência histórica em determinado tempo. A terceira característica é a premissa da existência de identidade entre sujeito e objeto de estudo, que se constitui quando o ser social pesquisador e o ser social pesquisado apresentam a mesma natureza. A quarta característica é que a pesquisa social é intrínseca e extrinsecamente ideológica, ratificando a inexistência de neutralidade na ciência. Por fim, o objeto de estudo das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois se expressa na e a partir da realidade social (MINAYO, 2008).

A pesquisa de Doutorado em Serviço Social tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo explicativo e abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias abrange “toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 71). Tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com as produções existentes acerca de um determinado objeto de estudo e sua principal vantagem reside no fato de “[...] permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2008, p. 50). Não se trata de mera repetição, pois propicia a apreciação de um tema sob um novo enfoque ou uma nova abordagem, podendo levar a conclusões inovadoras. Dentre os tipos de fontes bibliográficas, as publicações se referem ao conjunto representado por livros, monografias, pesquisas, publicações avulsas, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2002).

O tipo explicativo visa identificar “[...] os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2008, p. 50). Para Severino (2007, p. 123), a pesquisa do tipo explicativo é aquela que, “[...] além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas [...]”. A abordagem qualitativa é utilizada para descrever a totalidade de um determinado problema, não envolvendo variáveis quantitativas. Considera a totalidade de componentes de uma situação, suas interações e influências recíprocas (GRESSLER, 2003). Na pesquisa qualitativa utilizam-se informações que não se encontram restritas à aparência, mas, que emergem através de mediações, contradições e desocultamentos. Nesse sentido, na pesquisa qualitativa, “[...] todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção [...]” (CHIZZOTTI, 2006, p. 83). A finalidade real da pesquisa qualitativa é desvendar as diferentes representações sobre um determinado tema, independentemente de as fontes de informações serem verbais ou escritas, em meio concreto (papel) ou digital. Entretanto, sua utilização abrange alguns pressupostos:

[...] Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. [...] 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, 2003, p. 22-23).

O recorte histórico da pesquisa compreende o período de 2005 a 2012. O ano de 2005 representa o corte histórico inicial por coincidir com o lançamento do documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a adoção de uma abordagem renovada da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas (OPAS/OMS, 2005). O ano de 2012 representa o corte histórico final, por se tratar do mais recente em termos retrospectivos. O universo ou população da pesquisa, “[...] conjunto de elementos que possuem determinadas características [...]” (GIL, 2008, p. 89), ou o conjunto de seres sociais ou seres inanimados que apresentam certas características em comum, se refere às publicações do Serviço Social representadas por:

1- Dissertações e teses disponíveis no Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC), no período de 2005 a 2012, sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2- Trabalhos publicados nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), no período de 2005 a 2012, sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do universo ou população da pesquisa selecionou-se uma amostra, uma parcela ou um subconjunto de elementos a ele pertencentes, não probabilista intencional, isto é, não objeto de tratamento estatístico e composta por certos elementos do universo ou população que não lhe são representativos (MARCONI; LAKATOS, 2002). A amostra não probabilista intencional diz respeito às publicações do Serviço Social cujos resumos versaram especificamente sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012, selecionadas nas fontes bibliográficas, por

apresentarem informações comuns ao escopo da pesquisa e à reconstituição da realidade profissional. Após afirmar que os livros de leitura corrente são as fontes bibliográficas mais conhecidas, Gil (2008) cita outras fontes de interesse para a realização de pesquisas. Sobre as teses e dissertações observa que “fontes desta natureza podem ser muito importantes para a pesquisa, pois muitas delas são constituídas por relatórios de investigações científicas originais ou acuradas revisões bibliográficas” (*ibid.*, p. 61). Quanto aos anais de encontro científicos, reitera que “os encontros científicos, tais como congressos, simpósios e fóruns, constituem locais privilegiados para apresentação de comunicações científicas [...]” (*id.*).

4.2 CONSULTA ÀS FONTES¹⁰⁶ BIBLIOGRÁFICAS: UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O segundo momento do ciclo da pesquisa é denominado de trabalho de campo e consiste em “levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira [...]” (MINAYO, 2008, p. 26). Adaptado para consulta às fontes bibliográficas no processo de trabalho em espiral da pesquisa, esse momento envolve a coleta de dados documentais e bibliográficos, por meio da consulta às fontes e aplicação das técnicas, dos instrumentos e procedimentos metodológicos previstos para o processo de coleta de dados junto aos seres inanimados selecionados para compor a amostra. Para a realização da coleta de dados da pesquisa, consideraram-se as quatro fases sugeridas por Marconi; Lakatos (2002) para nortear as pesquisas bibliográficas que se utilizem de publicações como tipo de fonte bibliográfica:

1- Identificação: processo de reconhecimento do assunto pertinente ao tema de estudo, utilizando-se o catálogo, o índice, a bibliografia e/ou os *abstracts*.

2- Localização: após a conclusão do levantamento bibliográfico nos catálogos e fontes de referência, passa-se à localização das fichas bibliográficas.

3- Compilação: reunião sistemática das referências e informações inéditas.

4- Fichamento: após a identificação dos materiais, procede-se à transcrição fidedigna dos dados em fichas bibliográficas, tomando-se nota das informações essenciais para o desenvolvimento da pesquisa.

¹⁰⁶ Vale registrar que, devido ao fato da pesquisa ser bibliográfica com utilização de fontes de coleta de dados de natureza pública, não houve indicação de submissão do Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O Projeto de Pesquisa de Doutorado em Serviço Social obteve aprovação pela Comissão Científica 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), no ano de 2013.

Na fase de **identificação**, realizou-se um levantamento exploratório sobre o objeto de estudo, utilizando-se a bibliografia do Serviço Social, “indexação de artigos de periódicos, livros, teses, folhetos, relatórios, comunicações e outros documentos sobre o mesmo tema” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 74), e os *abstracts* “publicações que, além de oferecerem elementos para identificar o trabalho, apresentam seu resumo analítico” (*id.*). Considerando-se a incipiente produção teórica do Serviço Social acerca do objeto de estudo, na fase de **localização**, foram escolhidas como fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) e os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por representarem dois dos principais meios digitais¹⁰⁷ de divulgação das publicações da área na atualidade.

Na primeira fonte bibliográfica, o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC), cuja plataforma de pesquisa encontra-se reproduzida na Figura B, utilizou-se a opção de pesquisa: todas as palavras, compondo-se sempre uma tríade de palavras chave, sendo as duas primeiras fixas: *assistente social* e *trabalho* e a terceira itinerante: saúde da família, estratégia saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família, atenção básica e/ou atenção primária. Na sequência, todas as publicações encontradas na pesquisa individual por palavra chave itinerante, nível: Mestrado e Doutorado e ano base: 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, tiveram os respectivos títulos, autores e resumos dispostos sequencialmente em uma planilha de *Excel for Windows*, versão 2010 da *Microsoft*, separados por tópico de emergência composto por ano e palavra chave itinerante.

¹⁰⁷ O Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) contém teses e dissertações defendidas a partir do ano de 1987, cujas informações são fornecidas pelos programas de pós-graduação. A ferramenta permite a pesquisa por autor, título e palavra-chave e pode ser acessada de forma gratuita e *on-line* por meio do *site* <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) são distribuídos no formato CD-ROM aos participantes inscritos que fidelizarem o pagamento do valor estipulado pela comissão organizadora da respectiva edição do evento. Segundo Silva *et al.* (2005), no período de 1998 a 2002 foram produzidas 760 dissertações de Mestrado e teses de Doutorado nos Programas de Pós-Graduação na Área de Serviço Social no País. De modo infelizmente, não se obteve acesso a dados atualizados a respeito para a pesquisa de Doutorado em Serviço Social.

CA P E S

Banco de Teses

PESQUISA

AUTOR
 Digite um ou mais nomes do autor

 todas as palavras qualquer uma das palavras expressão exata

ASSUNTO
 Digite uma ou mais palavras do assunto
 Assistente social; Trabalho; Atenção básica
 todas as palavras qualquer uma das palavras expressão exata

INSTITUIÇÃO
 Digite um ou mais nome da instituição

 todas as palavras qualquer uma das palavras expressão exata

NÍVEL/ANO BASE (Opcional)
 Escolha um nível para a pesquisa
 Selecione... ▼
 Escolha um ano base para a pesquisa
 2005 ▼

Figura B – Plataforma de pesquisa no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC).

Fonte: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Ministério da Educação (MEC) (2013).

A partir da checagem dos títulos e dos autores das cinquenta e sete (57) publicações encontradas pela ferramenta de pesquisa na totalidade de tópicos de emergência, identificou-se que quatorze (14) delas constava nos resultados de pelo menos duas (02) das palavras chave itinerantes. Por conseguinte, obteve-se um total de trinta e nove (39) publicações que apresentaram repetições e dezoito (18) publicações inéditas. Devido a isso, na fase de **compilação** da primeira fonte bibliográfica de coleta de dados somaram-se trinta e duas (32) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012.

No que se refere à coleta de dados na segunda fonte bibliográfica, os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), utilizou-se a opção de busca por palavra chave: saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família, atenção básica e/ou atenção primária a partir da pesquisa geral em todos os núcleos¹⁰⁸ temáticos – cujo número variou entre quatro (04) e sete (07) –, dispostos em cada uma das quatro (04) edições do evento bianual, contemplando os anos de: 2006, 2008, 2010 e 2012. A seguir, todas as publicações encontradas tiveram os respectivos títulos, autores e resumos dispostos sequencialmente em uma planilha de *Excel for Windows*, versão 2010 da *Microsoft*, separados por tópico de emergência composto por ano de realização do evento e palavra chave.

De acordo com os critérios estabelecidos, localizaram-se cinquenta e oito (58) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012. Na fase de **compilação** da segunda fonte bibliográfica de coleta de dados, a partir da checagem dos títulos e dos autores das cinquenta e oito (58) publicações do Serviço Social encontradas na busca individual por palavra chave e ano de realização do evento, constatou-se que todas eram inéditas. Os procedimentos metodológicos de coleta de dados nas fontes bibliográficas da pesquisa

¹⁰⁸ Na décima edição do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), realizada no período de 4 a 8 de dezembro de 2006, na Universidade Federal de Pernambuco (UFP) em Recife/PE, com o tema: “Crise contemporânea, emancipação política e emancipação humana: questões e desafios do Serviço Social no Brasil” foram inscritos 482 trabalhos, organizados em quatro (04) núcleos temáticos: fundamentos do Serviço Social; formação profissional e o processo interventivo do Serviço Social; questão social e trabalho; política social. Na décima primeira edição do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), realizada no período de 1º a 6 de dezembro de 2008, no Rio Poty Hotel em São Luís/MA, com o tema: “Trabalho, políticas sociais e projeto ético-político profissional do Serviço Social: resistência e desafios” foram inscritos 568 trabalhos, organizados nos mesmos núcleos temáticos da décima edição (2006). Na décima segunda edição do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), realizada no período de 6 a 10 de dezembro de 2010, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em Rio de Janeiro/RJ, com o tema: “Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como” foram inscritos 1293 trabalhos, organizados em sete (07) núcleos temáticos: trabalho, questão social e Serviço Social; política social e Serviço Social; Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional; movimentos sociais e Serviço Social; questões agrária, urbana, ambiental e Serviço Social; classe social, gênero, raça/etnia, geração, diversidade sexual; ética, direitos e Serviço Social. Na décima terceira edição do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), realizada no período de 5 a 9 de novembro de 2012, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em Juiz de Fora/MG, com o tema: “Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão” foram inscritos 1343 trabalhos, organizados nos mesmos núcleos temáticos da décima segunda edição (2010).

ratificam uma das exigências apresentadas ao Serviço Social na contemporaneidade, qual seja, o “[...] trato com o mundo da informática [...]” (IAMAMOTO, 2005, p.182), ação indispensável para manter-se conectado ao tempo presente e à efetivação da dimensão investigativa do trabalho do assistente social.

A última fase da pesquisa bibliográfica com utilização de publicações como tipo de fonte bibliográfica, o **fichamento**, pressupõe três etapas: 1- redação¹⁰⁹ da ficha, que se destina à anotação de “[...] todos os elementos essenciais ao desenvolvimento do trabalho” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 76); 2- classificação das fichas, de modo geral, privilegia a ordem alfabética ou a ordem cronológica de publicação das obras; 3- crítica documental e bibliográfica externa, que abrange a crítica do texto, da autenticidade e da origem e volta-se “[...] à análise da forma e aparência do trabalho, mais do que à significação do conteúdo [...]” (*ibid.*, p. 80); e crítica documental e bibliográfica interna, que contempla a crítica da interpretação, do valor interno e da autoria, tratando da “[...] credibilidade ou significação e da fidedignidade dos dados apresentados no documento ou obra [...]” (*id.*). À medida que o pesquisador identifica os documentos necessitará “[...] ao mesmo tempo, transcrever os dados nas fichas bibliográficas, com o máximo de exatidão e cuidado” (*ibid.*, p. 75).

No intuito de contemplar as informações comuns ao escopo da pesquisa e à reconstituição da realidade profissional, adaptou-se o instrumento de coleta de dados da ficha bibliográfica apresentada pelas autoras, denominando-o de *ficha bibliográfica de resumo analítico*. Os dois modelos de *ficha bibliográfica de resumo analítico* utilizados na coleta de dados em cada uma das fontes bibliográficas, encontram-se disponíveis nos Apêndices A e B, respectivamente. Cabe registrar que antes de iniciar o processo de coleta de dados propriamente dito, submeteu-se o instrumento de pesquisa ao pré-teste ou teste preliminar, utilizando dois (02) resumos de publicações do Serviço Social escolhidos aleatoriamente em cada uma das fontes bibliográficas, tendo em vista “[...] averiguar a sua validade” (*ibid.*, p. 32). Depois de concluído o pré-teste ou teste preliminar do instrumento de pesquisa, identificou-se a necessidade de adequação dos tópicos referentes à descrição dos dados catalográficos das fontes bibliográficas de coleta de dados, tendo em vista a sua natureza. Por conseguinte, procedeu-se à coleta de dados, valendo-se do critério de confiabilidade pelo êxito em levantamento preliminar sobre o exercício profissional do assistente social na

¹⁰⁹ Há cinco formas de anotações em fichas bibliográficas: 1- Comentário: explicitação do conteúdo, para melhor compreendê-lo; 2- Informação geral: enfoque amplo sobre o conteúdo; 3- Glosa: explicitação do conteúdo, na tentativa de clarificá-lo; 4- Resumo: síntese concisa das principais ideias; 5- Citações: reprodução fidedigna de excertos, em virtude da relevância para a pesquisa (MANZO, 1973).

atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), realizado no ano de 2011 e publicado¹¹⁰ no ano de 2012, com utilização de um instrumento de coleta de dados semelhante.

Estando concluída a **compilação dos dados**, os resumos das trinta e duas (32) publicações do Serviço Social encontradas na primeira fonte bibliográfica de coleta de dados da pesquisa e os resumos das cinquenta e oito (58) publicações do Serviço Social localizadas na segunda fonte bibliográfica de coleta de dados da pesquisa, sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012, foram dispostos individualmente nas *fichas bibliográficas de resumo analítico*. Na redação das *fichas bibliográficas de resumo analítico* considerou-se o conteúdo original dos resumos, isto é, aquele elaborado pelos próprios autores das publicações. Na classificação, utilizou-se a ordem cronológica crescente representada pelo ano de publicação. Desconsiderou-se a aplicação da crítica documental e bibliográfica externa e interna proposta pelas autoras para realizar o fichamento, optando-se pela submissão das publicações do Serviço Social à análise de conteúdo temática por considerá-la mais coerente com a apreensão do objeto de estudo, os objetivos e a abordagem qualitativa da pesquisa.

4.3 TRATAMENTO DO MATERIAL: ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

O terceiro momento do processo de trabalho em espiral da pesquisa se refere ao tratamento do material empírico, documental e bibliográfico, por meio de um conjunto de procedimentos metodológicos necessários para “[...] valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo” (MINAYO, 2008, p. 27). Nesse momento do processo investigativo efetivou-se a organização, análise e interpretação dos dados coletados nas fontes bibliográficas, lançando-se mão da análise de conteúdo com base em Bardin (2009), estruturada em três polos cronológicos: 1- pré-análise; 2- exploração do material; 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

¹¹⁰ CAMARGO, Marisa; BELLINI, Maria Isabel Barros. Exercício profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS). 2012, p. 14-33. In: BELLINI, Maria Isabel Barros Bellini; CLOSS, Thaísa Teixeira. (Org.). **Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação: a excelência na formação do assistente social**. 1ed. Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, v. 1. 2012.

A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa “[...] 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, 2009, p. 42). Dentre os recortes possíveis para a análise de conteúdo de dados qualitativos, nos quais se incluem aqueles provenientes da consulta a fontes bibliográficas, na pesquisa, optou-se pela análise de conteúdo temática. 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” (*id.*). Implica explicitar qualitativamente a presença de temas, que denotam informações de referência comuns ao escopo da pesquisa e à reconstituição da realidade profissional.

O primeiro polo cronológico, a **pré-análise**, diz respeito à organização dos dados coletados e, geralmente, apresenta como missões: a escolha dos documentos; a formulação das hipóteses e dos objetivos; e a construção de indicadores para fundamentar a interpretação final (BARDIN, 2009). Para alcançá-las, a autora descreve cinco procedimentos metodológicos: 1- leitura flutuante; 2- escolha dos documentos; 3- formulação das hipóteses e dos objetivos; 4- referenciação dos índices e elaboração de indicadores; 5- preparação do material. Na **leitura flutuante**, construíram-se as primeiras impressões a partir da leitura das *fichas bibliográficas de resumo analítico* das trinta e duas (32) publicações do Serviço Social encontradas no Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC); e das cinquenta e oito (58) publicações do Serviço Social localizadas nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sobre o trabalho do assistente social no/na: Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Básica em Saúde (ABS) e/ou Atenção Primária em Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012.

A **escolha dos documentos** ocorreu depois de concluída a leitura flutuante da totalidade de *fichas bibliográficas de resumo analítico* das publicações do Serviço Social, resultantes da pesquisa junto às fontes bibliográficas de coleta de dados. A partir disso, separaram-se aquelas publicações do Serviço Social, cujos resumos versaram especificamente sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2012, por apresentarem informações comuns ao escopo da pesquisa e à

reconstituição da realidade profissional. Dentre os critérios sugeridos por Bardin (2009) para a seleção dos documentos, privilegiaram-se o de pertinência ao tema delimitado e o de representatividade, passando-se a trabalhar com uma parcela representativa. Constituiu-se, então, um *corpus* de análise composto por aproximadamente duas mil (2.000) páginas referentes ao conjunto de publicações do Serviço Social, incluído como amostra ou parcela não probabilista intencional selecionada do universo ou população da pesquisa.

O primeiro agrupamento de *fichas bibliográficas de resumo analítico* que determinou a inclusão na amostra da pesquisa se refere as nove (09¹¹¹) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), encontradas pela ferramenta de pesquisa no Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC), cuja frequência de aparição por ano, consta no Gráfico A.

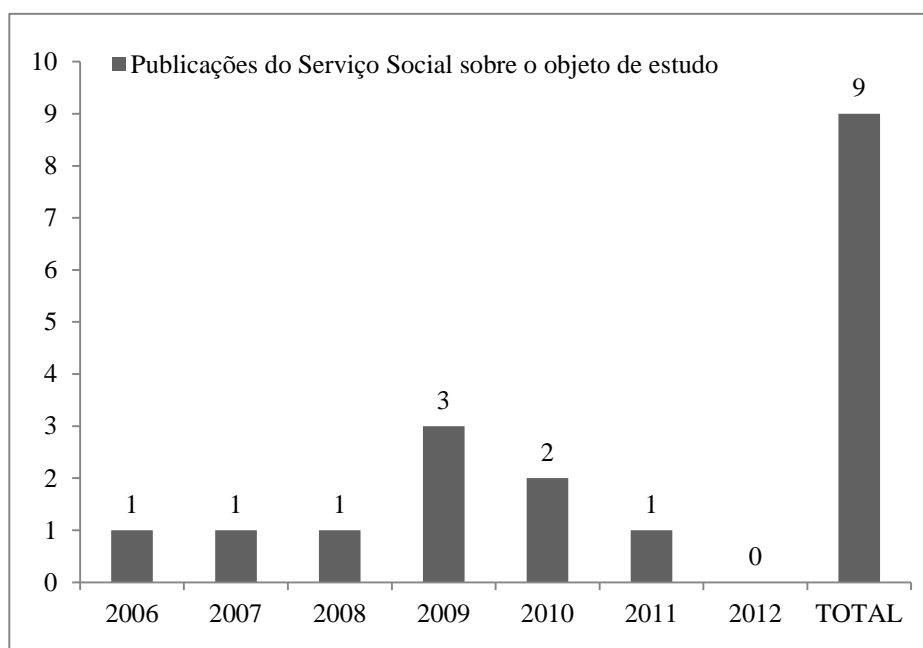


Gráfico A – Publicações do Serviço Social sobre o objeto de estudo conforme a frequência de aparição por ano, no período de 2005 a 2012.

Fonte: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Ministério da Educação (MEC) (2013).

¹¹¹ Referentes à: sete (07) dissertações de Mestrado e duas (02) teses de Doutorado sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) despontou como Instituição de Ensino Superior (IES) responsável por cinco (05) das nove (09) publicações nessa fonte bibliográfica de coleta de dados, seguida por: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com uma (01) publicação cada.

O segundo agrupamento de *fichas bibliográficas de resumo analítico* que determinou a inclusão na amostra da pesquisa se refere as onze (11¹¹²) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas na busca junto aos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). A totalidade de publicações inscritas e a frequência de aparição das publicações sobre o objeto de estudo nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012, constam no Gráfico B.

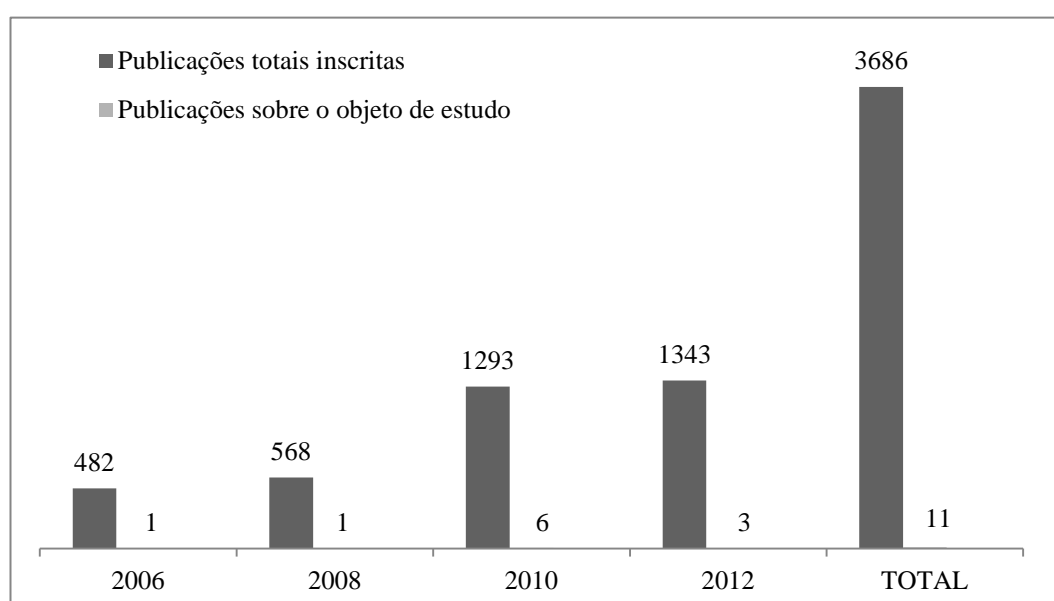


Gráfico B – Publicações totais inscritas e frequência de aparição das publicações sobre o objeto de estudo nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012.

Fonte: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2013).

Para organizar o *corpus* de análise, montaram-se mapas qualitativos em planilhas de *Excel for Windows*, versão 2010 da *Microsoft*, retomando-se a **formulação das hipóteses**, neste caso, questões norteadoras, e **dos objetivos** para a **referenciação dos índices**, representados por núcleos temáticos, e **elaboração de indicadores**, adaptados para dimensões, por se tratar de uma pesquisa qualitativa. Na **preparação do material**, as informações constantes nas publicações do Serviço Social selecionadas para compor a amostra da pesquisa, foram ordenadas sequencialmente nos mapas qualitativos, conforme os

¹¹² O nível de formação dos autores e a Instituição de Ensino Superior (IES) responsável pelas publicações nessa fonte bibliográfica de coleta de dados não foram sistematizados, pois a mesma não dispunha de tais informações.

tópicos dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa. Considerando-se as possibilidades de análise de conteúdo, optou-se pelo corte temático. A análise de conteúdo com corte temático “[...] 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” (BARDIN, 2009, p. 105).

Severino (2007) explica que a realização da análise temática contempla três procedimentos metodológicos: a definição do tema ou assunto sobre o qual a unidade ou o texto analisado trata; a problematização do tema; e a identificação da ideia central, proposição fundamental ou tese principal defendida pelo autor, os quais permitem alcançar a mensagem global veiculada na unidade ou texto. 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, 2009, p.105-106). A análise temática, portanto, permite sair da aparência e atingir a essência do real, a partir dos sentidos expressos no conteúdo das publicações pesquisadas.

A referenciação dos índices ou núcleos temáticos constituiu-se pelo tema central ou pela palavra chave fundamental das questões norteadoras e dos objetivos. As dimensões são contempladas na síntese dos principais elementos constitutivos das categoriais temáticas da pesquisa: trabalho do assistente social, projeto ético-político profissional do Serviço Social, Atenção Primária em Saúde (APS), Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo de atenção em saúde, de maneira articulada ao método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas: historicidade, totalidade, contradição e mediação. A partir disso, procedeu-se a **exploração do material** da pesquisa, segundo polo cronológico da análise de conteúdo, que consiste essencialmente de “[...] operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (*ibid.*, p. 101). Os núcleos temáticos e síntese das dimensões utilizadas na exploração do material da pesquisa estão sistematizados no Quadro F.

| ÍNDICE OU NÚCLEO TEMÁTICO | | DIMENSÕES |
|---------------------------|--|---|
| 01 | Referência aos espaços sócio-ocupacionais do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS). | Programa Saúde da Família (PSF); Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Atenção Básica em Saúde (ABS); Atenção Primária em Saúde (APS). |
| 02 | Ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS). | Atividade adequada a um fim; trabalho realizado pelo assistente social; condição de trabalhador assalariado; relativa autonomia. |
| 03 | Princípios orientadores do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS). | Princípios doutrinários ou finalísticos e organizativos ou estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS); princípios éticos fundamentais do/a assistente social; princípios dos modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde; princípios da Atenção Primária em Saúde (APS). |

Quadro F – Índices ou núcleos temáticos e síntese das respectivas dimensões constitutivas utilizadas na exploração do material da pesquisa.

Fonte: Camargo (2014).

No terceiro e último polo cronológico da análise de conteúdo, o **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**, tendo-se à disposição os resultados, tornou-se possível “[...] propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2009, p. 101). Para a representação dos dados qualitativos da pesquisa, utilizou-se a produção textual explicativa e teoricamente fundamentada, com base na produção teórica do Serviço Social, da Saúde Coletiva e das publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS). Os dados passíveis de quantificação foram agrupados, somados, descritos e representados por meio de quadros, gráficos e figuras, tendo em vista sintetizá-los e torná-los mais facilmente visíveis e compreensíveis (MARCONI; LAKATOS, 2002). Nesse contexto, inserem-se a inferência e interpretação dos resultados, as considerações sobre a problematização do tema, das questões norteadoras e dos objetivos e a explicitação das correlações entre os dados, através da síntese como totalização provisória.

A socialização dos resultados, na condição de compromisso ético-político profissional do assistente social, tem como meios privilegiados de materialização: a construção e a defesa pública da Tese de Doutorado em Serviço Social, bem como a participação e a publicação em meios e eventos acadêmicos e científicos. De acordo com o disposto na Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) deve-se “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios

resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa” (BRASIL, 2012c, item 3, título 3, letra n, p. 04). Dessa maneira, apesar da incidência da pesquisa bibliográfica não recair diretamente sobre seres sociais, reafirma-se o compromisso ético-político profissional do Serviço Social em socializar os resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa, escopo da Tese de Doutorado em Serviço Social, tendo em vista contribuir na produção de conhecimentos sobre o objeto de estudo e fornecer subsídios para explicitar as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

5 CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO SÉCULO XXI

Neste capítulo, lançando-se mão da análise de conteúdo com corte temático nas publicações do Serviço Social sobre o objeto de estudo, mediada pelo método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas, bem como as categorias temáticas inspiradas no referencial teórico da profissão, da Saúde Coletiva e nas publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS), procede-se ao tratamento, à inferência e à interpretação dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa. Objetiva-se explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI. Para tanto, constroem-se respostas aos questionamentos acerca de como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social e os princípios orientadores do trabalho do assistente social nesse espaço sócio ocupacional.

5.1 O ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O espaço sócio-ocupacional da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no século XXI, tem assumido determinadas características diante das metamorfoses do modo de produção capitalista, do papel do Estado e dos processos que mesclam conformismo e resistência da classe trabalhadora frente às desigualdades sociais. Essas características se delineiam na polissemia teórico-conceitual e diversificação técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS), conformadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em cujo cenário contraditório tem se inserido o assistente social. Diante do teor das medidas recentes aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar o nível primário de atenção em âmbito nacional, no quesito composição da equipe multiprofissional, a inserção profissional do assistente social orienta-se numa concepção ampliada de saúde a partir da qual são considerados os determinantes sociais da saúde e as necessidades de saúde. Os determinantes sociais da saúde repercutem direta e indiretamente

na efetivação ou no cerceamento do acesso às condições necessárias à satisfação ou ao atendimento das necessidades de saúde dos seres sociais, sendo produto das relações sociais e destas com o meio físico, social, socioeconômico e cultural:

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12).

Enquanto as necessidades de saúde se particularizam em expressões da questão social, objeto ou matéria-prima do trabalho do assistente social nesse campo, os determinantes sociais da saúde dizem respeito às ações interdisciplinares e aos bens e serviços de caráter intersetorial, cujo acesso é alvo das mediações cotidianamente empreendidas pelo assistente social, por serem elementares à materialização dos direitos sociais. A inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se na concepção de que este profissional se constitui em trabalhador coletivo histórica e tecnicamente capacitado para intervir junto aos determinantes sociais da saúde, realizando seu trabalho através da mediação do acesso às condições necessárias à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado, com vistas à atenção integral, interdisciplinar e intersetorial.

O **espaço profissional** é caracterizado por Iamamoto (2008) como produto histórico condicionado, de um lado, pelo embate das classes sociais e suas respectivas alianças em prol da hegemonia e, por outro lado, pelo tipo de respostas teórico-práticas formuladas pela categoria profissional, carregadas de conteúdo político. A correlação de forças entre as classes sociais tem a capacidade de limitar e, ao mesmo tempo, possibilitar as condições de mobilidade do trabalho profissional do assistente social nas mais variadas conjunturas. As respostas profissionais se formulam desde as “[...] marcas que perfilam a profissão na sua trajetória, da capacidade de análise da realidade acumulada, de sua capacitação técnica e política em sintonia com os novos tempos” (*ibid.*, p. 04). Por isso, a delimitação do espaço profissional do assistente social não deve reduzir-se às demandas consolidadas socialmente, mas, constituir-se a partir do distanciamento crítico do panorama ocupacional e da apropriação das demandas potenciais emergentes na realidade social e apresentadas à profissão (IAMAMOTO, 2009), nos distintos espaços sócio-ocupacionais.

Partindo desses pressupostos, recorreu-se à reconstituição da realidade profissional, a partir dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa, tendo em vista a construção de respostas ao questionamento acerca de como são referenciados os espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a apreender as concepções que orientam a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho profissional. Na consecução do seu trabalho, o assistente social, deve desenvolver uma “[...] *atitude investigativa*¹¹³: o fato de não ser um/a pesquisador/a em tempo integral não o/a exime quer de acompanhar os avanços dos conhecimentos pertinentes ao seu campo trabalho, quer de procurar conhecer concretamente a realidade da sua área particular de trabalho” (NETTO, 2009, p. 31). A atitude investigativa consiste na principal ferramenta para qualificar o exercício profissional.

Ao analisar as nove (09) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas pela ferramenta de pesquisa na primeira fonte bibliográfica de coleta de dados – o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) – identificou-se a frequência de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social, no período de 2005 a 2012, disposta no Gráfico C.

¹¹³ Grifos do autor.

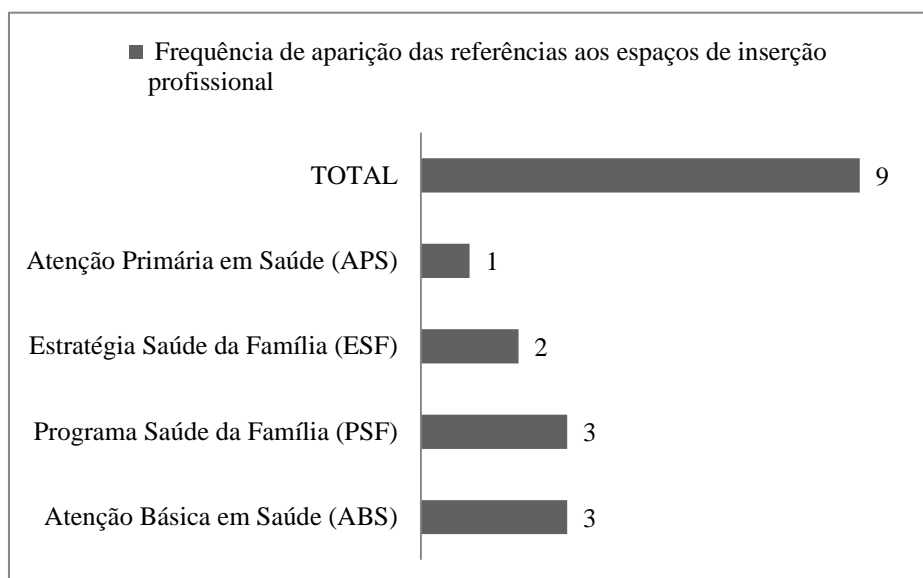


Gráfico C – Frequência de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012.

Fonte: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Ministério da Educação (MEC) (2013).

O Programa Saúde da Família (PSF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) equipararam-se à estratégia prioritária para a organização dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS), elevada a lócus privilegiado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivá-las. Essas três expressões foram privilegiadas ao referenciar os espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A referência à Atenção Primária em Saúde (APS) emergente na última classificação com uma (01) única frequência de aparição, não obstante às demais, apresentava os resultados de uma pesquisa de campo em nível de Mestrado na área de Serviço Social, a qual teve como sujeitos assistentes sociais inseridos em “*Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais*” com Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Residência em Serviço Social (CASTRO, 2006). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), de cuja fusão a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fruto, inscrevem-se na contrarreforma do Estado e emergiram no País como programas focais de saúde, com o propósito de baratear os custos dos cuidados básicos (CFESS, 2010).

Ao analisar as onze (11) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas na segunda fonte bibliográfica de coleta de dados – os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em

Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) –, nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012, os espaços de inserção profissional apresentaram a frequência de aparição disposta no Gráfico D. De maneira semelhante a anterior, prevaleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência aos espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A particularidade encontrada reside na emergência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como referência ao espaço de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma (01) única frequência de aparição.

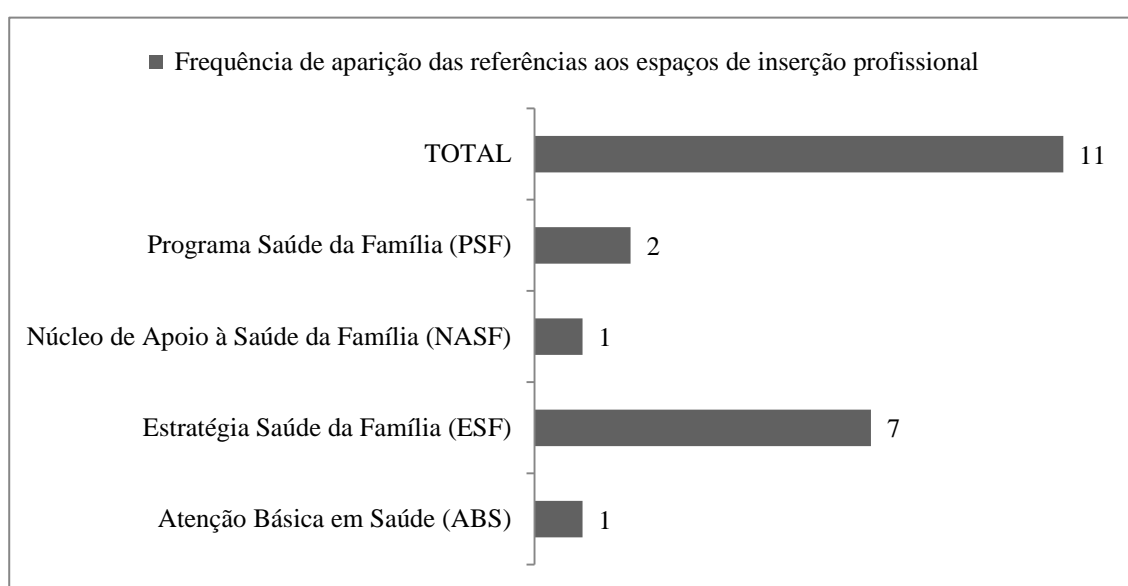


Gráfico D – Frequência de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012.

Fonte: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2013).

As outras referências, em ordem decrescente de frequência de aparição foram o Programa Saúde da Família (PSF) e a Atenção Básica em Saúde (ABS), respectivamente. No contexto da Saúde da Família, o assistente social desenvolve seu trabalho com centralidade nos seres sociais em sua inserção familiar e comunitária, focalizando a família, tendência histórica no âmbito da profissão. Entretanto, na gestão e execução das políticas públicas, em especial, de saúde, educação e assistência social, a centralidade na família atrela-se à intencionalidade de minimizar a dependência das famílias em relação ao Estado, diante da redescoberta da autonomia familiar (MIOTO, 2008), o que remonta à adesão do Estado ao referencial teórico neoliberal no plano econômico e social na década de 90 do século XX.

Couto *et al.* (2010, p. 54), salienta que essa centralidade pode impactar em “[...] melhoria de suas condições sociais, como sobrecarregar as famílias e pressionar ainda mais, exigindo que assumam novas responsabilidades diante do Estado e sociedade civil”.

Considerando as abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) que convivem atualmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse espaço sócio-ocupacional do assistente social se organiza através de unidades da atenção básica, que são a “estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2009b, p. 381). As unidades da atenção básica devem apresentar variação em sua formatação, de acordo com as necessidades de saúde de cada território¹¹⁴, cuja natureza demanda a utilização de tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade e o desenvolvimento de um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. De acordo com publicação do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009b), as unidades da atenção básica podem ser classificadas em sete tipos que compreendem:

- **Unidade de Saúde da Família:** unidade pública de prestação de atenção contínua e programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades condizentes às diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009b).

- **Posto de saúde:** unidade destinada à prestação de atenção a uma determinada população, de maneira programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença ou não do profissional médico (BRASIL, 2009b).

- **Centro de Saúde e/ou Unidade Básica de Saúde (UBS):** unidade de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, que pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior (BRASIL, 2009). Prevê a atenção permanente prestada por médico generalista ou por especialistas nessas áreas e incluir, opcionalmente, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) e Pronto Atendimento 24 horas (BRASIL, 2009b).

- **Unidade móvel fluvial:** barco ou navio dispendo de uma unidade de saúde, que contém pelo menos um consultório médico e uma sala de curativos e, opcionalmente, um consultório odontológico (BRASIL, 2009b).

- **Unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico:** veículo automotor equipado para prestar atendimento individual (BRASIL, 2009b).

¹¹⁴ Território significa o espaço vivo delimitado geograficamente em virtude das características comuns que identificam os seres sociais (BRASIL, 2009).

- **Unidade mista:** unidade de prestação de atenção básica e integral em saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. Pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação e administração única (BRASIL, 2009b).

- **Ambulatórios de unidade hospitalar geral:** ambulatórios em unidades hospitalares, garantidos pelos municípios (BRASIL, 2009b).

Ao agrupar a totalidade de publicações do Serviço Social encontradas em ambas as fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa e submetê-los à classificação das unidades da atenção básica do Ministério da Saúde (MS), observou-se a prevalência dos serviços de abrangência da unidade de Saúde da Família, com frequência de aparição igual a quinze (15) de vinte (20), ao referenciar os espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme explicitado no Gráfico E.

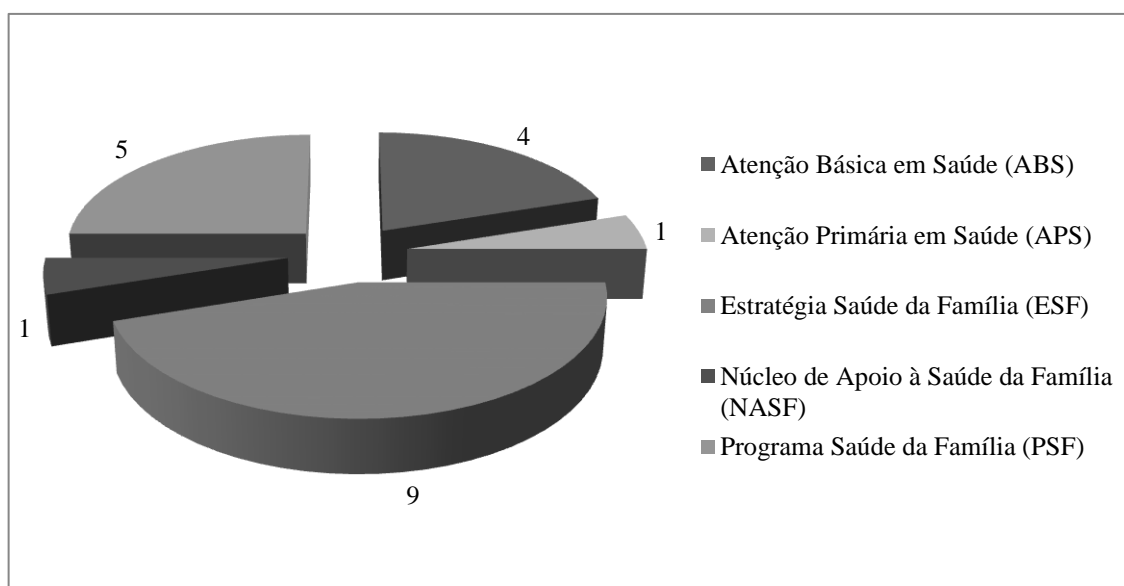


Gráfico E – Frequência total de aparição das referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012.

Fonte: Camargo (2014).

Em que pese ao fato de o assistente social não estar previsto na “equipe mínima” preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para compor o Programa Saúde da Família (PSF), considerado atualmente a principal estratégia de organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em território nacional, identifica-se que a maior parte da produção teórica do Serviço Social versa sobre experiências municipais ou locais isoladas e

focalizadas em abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral.

Ao contemplar a produção¹¹⁵ teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a *primeira configuração* identificada é que tem se desenhado uma crescente tendência em tratá-lo a partir do privilegiamento da referência à Estratégia Saúde da Família (ESF), no século XXI. Em outro momento, ao pesquisar os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais encontravam-se inseridos na atenção básica em saúde coletiva, no município de Porto Alegre, capital do Estado do Grande do Sul (RS), constatou-se a crescente redução do contingente profissional das unidades da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 90 do século XX, associada à ampliação de programas focalizados na assistência médica e à expansão da atenção especializada em saúde mental em nível local (CAMARGO, 2009). Permeada pela ideia de minimização do Estado interventor no social, amplia-se a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto de intensificação da mercantilização da saúde, distanciando-se progressivamente dos cuidados primários privilegiados na Declaração de Alma-Ata, visto que:

Enquanto a estratégia de Atenção Primária à Saúde [APS] se difunde a partir da Conferência de Alma-Ata, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento das necessidades sociais, inclusive saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 301).

A *segunda configuração* identificada ao contemplar a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se da questão do gênero no Serviço Social. Em todas as publicações da primeira fonte bibliográfica identificou-se a autoria individual de mulheres. Em relação a isso, deve-se considerar a natureza da produção teórica representada pelas dissertações e teses no âmbito dos programas de pós-graduação de Serviço Social e áreas afins. De maneira semelhante, na segunda fonte bibliográfica, dez (10) das onze (11) publicações tiveram a autoria de mulheres e uma (01) apresentou autoria mista, sendo seis (06) de natureza coletiva e cinco (05) de

¹¹⁵ Silva *et al.* (2005, p. 72) reitera que o Serviço Social, enquanto área, tem se colocado “[...] em defesa do projeto contra hegemônico que reconhece o conhecimento como produção histórica e como ferramenta essencial para se desenharem outros destinos para a sociedade”. Nesse sentido, acima de tudo, o Serviço Social deve assumir a produção do conhecimento como possibilidade de contribuição profissional para compreender e construir soluções para problemas sociais que afetam os seres sociais.

natureza individual. Somando-se os resultados encontrados em ambas as fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa, dezenove (19) das vinte (20) publicações do Serviço Social tiveram mulheres em sua autoria e uma (01) teve autoria mista.

Em se tratando das tendências históricas no âmbito da profissão, a presença da maioria feminina é consonante com a encontrada na pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil¹¹⁶, realizada no ano de 2004, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), entidade representativa da categoria profissional, em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com a colaboração dos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) na coleta de dados empíricos, cujos resultados foram publicados em versão virtual no ano de 2005. Dentre os resultados encontrados nessa pesquisa está o de que “[...] a categoria das (os) assistentes sociais, ainda é predominantemente feminina, contando com apenas 3% de homens” (CFESS, 2005, p. 17). A questão do gênero no Serviço Social é o primeiro elemento tratado por Montañó (2007) para abordar o caráter da subalternidade do Serviço Social, cuja representação se perpetua “[...] não apenas entre outros profissionais, mas entre os usuários dos serviços sociais e até entre os próprios assistentes sociais” (*ibid.*, p. 102). Quanto à autoria das publicações do Serviço Social pesquisadas, vale registrar que se trata de produções teóricas endógenas ou provenientes do autoestudo profissional e de estudos no âmbito da profissão ou acerca de experiências de outros sujeitos da categoria profissional.

5.2 AÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS PELO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Desde a última década do século XX, diante das transformações societárias e no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea neoliberal, bem como das consequentes novas requisições do mercado de trabalho, a dimensão técnico-operativa do Serviço Social vem se tornando uma questão importante no debate acadêmico-profissional, abarcando problematizações envolvendo o trabalho e a formação profissional dos assistentes sociais e perpassando a materialização das diretrizes curriculares para os cursos de formação

¹¹⁶ Intitulada “Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”, a pesquisa utilizou uma amostra de 1.049 sujeitos assistentes sociais considerando o número de 61.151 profissionais com registro ativo no ano de 2004 nas vinte e quatro (24) regiões e três (03) delegacias nas quais estão presentes os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) no País, com 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” (CFESS, 2005, p. 05), contemplando-se informações sobre o perfil geral do assistente social, relações de trabalho, conhecimento da legislação profissional e participação política.

profissional em Serviço Social e do projeto ético-político profissional, em especial, no campo das determinações macrossocietárias. A materialização da dimensão técnico-operativa do Serviço Social se efetiva na e a partir da mediação com a dimensão teórico-metodológica, em articulação com a dimensão ético-política do projeto profissional. Na condição de componente do projeto ético-político profissional, a dimensão técnico-operativa do Serviço Social contempla a mediação do arsenal de instrumentos técnico-operativos e conhecimentos técnicos e teóricos na ação profissional materializada em distintos espaços sócio-ocupacionais nos quais, na condição de trabalhador coletivo, o assistente social se inscreve em processos de trabalho, sujeito a injunções de ordem tanto macrossocietária, quanto microssocietárias.

O processo de produção e reprodução das múltiplas expressões da questão social, objeto ou matéria-prima do trabalho do assistente social e base fundante do Serviço Social como especialização do trabalho, assume características historicamente particulares na sociedade capitalista contemporânea neoliberal. Ao apresentar a tese associada à perspectiva histórico-crítica de legitimação do Serviço Social, Montañó (2007) constroi uma proposição crítica à denominada *especificidade* do Serviço Social, ratificando as *particularidades* da profissão como desdobramento da inserção na divisão sócio técnica do trabalho e de características construídas historicamente. Embora regulamentado como profissão liberal no Brasil, o assistente social não tem uma tradição de ação profissional assentada nos traços das profissões liberais. Entretanto, devido à relativa autonomia profissional do assistente social, não é possível excluir de maneira integral certos traços que caracterizam as profissões liberais, tais como “[...] a reivindicação de uma deontologia [...], o caráter não rotineiro da intervenção, viabilizando aos agentes especializados certa margem de manobra e de liberdade no exercício de suas funções institucionais” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 80).

A ação profissional do assistente social apresenta particularidades nos distintos espaços sócio-ocupacionais nos quais a categoria profissional se insere. Portanto, apreender a dimensão técnico-operativa do Serviço Social “[...] implica reconhecer a sua complexidade dada pela diversidade de espaços sócio-ocupacionais nos quais os profissionais transitam e pela própria natureza das suas ações nos diferentes âmbitos do exercício profissional [...]” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 27). A eleição da ação profissional como unidade de análise da categoria temática trabalho do assistente social, vincula-se ao entendimento de que a mesma se constitui em “[...] menor unidade de análise, e, ao mesmo tempo, condensa todas as dimensões constitutivas do exercício profissional” (*ibid.*, p. 36). Nessa mesma direção, parafraseando Iamamoto (2008), pactua-se do pressuposto de que a ação profissional deve ser elucidada nas condições particulares e nas relações de trabalho nas quais se inscreve,

reconhecendo-se tanto as 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 distribuição da riqueza social:

Ter como foco a dimensão técnico-operativa, entendida como o espaço de trânsito entre o projeto profissional e a formulação de respostas inovadoras às demandas que se impõem no cotidiano dos assistentes sociais implica destacar categorias que possibilitem realizar esse trânsito. Propõe-se então [...], adotar a ação profissional como o vetor fundamental para o desvelamento dos processos do fazer profissional (MIOTO; LIMA, 2009, p. 36).

Na reconstituição da realidade profissional, a partir dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa, construíram-se respostas ao questionamento acerca das ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social no espaço sócio-ocupacional da Atenção Primária em Saúde (APS), a fim de reconhecer a materialização do trabalho profissional nesse espaço sócio-ocupacional. Para tanto, considerou-se as vinte (20) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na soma dos resultados encontrados em ambas as fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa – o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) e os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) –, no período de 2005 a 2012.

Adotou-se a ação profissional como dimensão da categoria temática trabalho do assistente social para transitar entre a produção teórica do Serviço Social e o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, entende-se que é nas e a partir da ação profissional, sob a condição de movimento histórico consciente e permanente empreendido pelos assistentes sociais na miudeza do cotidiano em distintos espaços sócio-ocupacionais, que se materializa, de forma integral ou parcial, o projeto ético-político profissional do Serviço Social, em condições e determinações sócio-históricas particulares à profissão e, ao mesmo tempo, sujeitas àquelas que remetem à articulação com os demais projetos profissionais e às mais gerais concernentes ao projeto societário hegemônico. Diante disso, a ação profissional do assistente social contém:

[...] Tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTO; LIMA, 2009, p. 36).

A *terceira configuração* identificada ao contemplar a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é a utilização de referências ao espaço sócio-ocupacional que remetem à polissemia teórico-conceitual das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS). A referência à Saúde da Família – Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) –, apresentou frequência de aparição igual a quinze (15) de vinte (20) publicações do Serviço Social pesquisadas, seguida da Atenção Básica em Saúde (ABS) com quatro (04) e da Atenção Primária em Saúde (APS) com apenas uma (01). A polissemia teórico-conceitual das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) materializou-se na produção teórica do Serviço Social ao apreender tanto a ação profissional no contexto da Saúde da Família – Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) –, quanto no contexto da Atenção Básica em Saúde (ABS) e da Atenção Primária em Saúde (APS).

Não obstante às questões que perpassam a materialização do projeto ético-político profissional nos distintos espaços sócio-ocupacionais na sociedade capitalista contemporânea neoliberal, a *quarta configuração* identificada ao contemplar a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na *característica genérica* de polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A *primeira tendência* é a particularização da ação profissional em atribuições privativas e competências profissionais: concentra-se na identificação das atribuições privativas e competências do assistente social, na consecução de um trabalho coletivo em cooperação com as demais categorias profissionais de saúde de nível superior e técnico, conforme excertos¹¹⁷ representativos subsequentes. Enquanto elemento essencial à objetivação da ação profissional, a dimensão técnico-operativa é componente do projeto ético-político profissional do Serviço

¹¹⁷ Grifos nossos para destacar a particularização da ação profissional em atribuições privativas e competências profissionais, primeira tendência da polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional.

Social e “[...] incorpora a razão de conhecer a profissão, suas condições e possibilidades” (GUERRA, 2002, p. 169).

“[...] É demandado a responder às refrações da questão social e a desenvolver *competências* para atuar na gestão, formulação e planejamento das políticas sociais. assim, potencializando o projeto ético-político, que se rege pelo princípio da emancipação dos sujeitos, reforçam-se princípios democráticos, na perspectiva da garantia de direitos, defendidos na reforma sanitária, SUS [Sistema Único de Saúde] e pela profissão” (HOFFMANN, 2007, p. 08).

“[...] Para viabilizar essa tarefa, para a construção dos Protocolos de Serviço Social, partiu-se da discussão de núcleo e campo das profissões” (TAVARES, 2008, p. 215).

“Com relação às necessidades sociais apresentadas observamos que, novamente, em todos os casos se trataram de assuntos ligados ao que historicamente é considerado como *atribuição específica* do assistente social, principalmente no que diz respeito à concessão de benefícios assistenciais” (BENATTI, 2008, p. 52).

“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” (CAMARGO, 2009, p. 165).

“[...] Estão desenvolvendo as seguintes *competências* e *atribuições*: orientação de indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa seus direitos; encaminhamentos de providências; planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; realização de estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais; realização de vistorias, perícias técnicas sobre a matéria de Serviço Social; prestação de assessoria e consultoria a movimentos sociais; implementação e execução de política sociais junto a órgãos da administração pública; treinamento, avaliação e supervisão direta a estagiários de Serviço Social; e direção de serviços técnicos de Serviço Social. Alguns profissionais relataram ainda atividades que não são privativas do Serviço Social, tais como: auxílio no balcão e entrega da medicação; pesagem de crianças do SAD [Serviço de Atenção ao Desnutrido]; e entrega de leite do SAD [...]” (CASTRO, 2009, p. 144-145).

“Os assistentes sociais na saúde atuam em seis grandes eixos de ações, sendo importante destacar que eles não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. São eles: o assistencial; em equipe; socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação planejamento e gestão e assessoria; e qualificação e formação profissional [...]. Em consequência das atividades desenvolvidas por esses profissionais nas ESF, focalizamos a análise nas ações socioeducativas. Elas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática, sendo o eixo central da atuação do profissional de Serviço Social a denominada Educação em Saúde” (CAMPOS, 2010, p. 07).

“A intervenção do assistente social como mediador e veiculador de informações é primordial para a participação das famílias no exercício do controle social na saúde, principalmente no acesso ao conhecimento dos direitos e instrumentos como a ouvidoria de saúde e conselho local de saúde. [...] Este trabalho tem sido realizado em salas de espera, atividades socioeducativas com grupos pré-estabelecidos, como por exemplo, grupo de hipertensos e diabéticos (no sentido igualmente de desconstruir a direção que vem sendo adotada nestes grupos, que abordam como temas exclusivamente a doença que os levaram à unidade de saúde e não o sujeito como um todo) e também na assessoria aos conselhos locais de saúde e associação de moradores [...]” (MIRANDA, 2010, p. 06).

“[...] A importância dessa profissão na consolidação das diretrizes do SUS [Sistema Único de Saúde] é *atribuída*, pois o Assistente Social, dentre suas *competências*, propõe e executa ações tanto no âmbito de atendimento direto aos usuários quanto na mobilização, participação e controle social. Além disso, desenvolve ações no âmbito da gestão, planejamento e assessoria, que qualificam a ESF [Estratégia Saúde da Família] [...]” (MONTEIRO; FIGUEIREDO; CAVALCANTE, 2010, p. 09).

“Para que estas ações se concretizem, os profissionais devem atuar incluindo as seguintes atividades: visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários. Isso não significa que eles tenham apenas estas atividades para realizar, significa que além dessas devem exercer ainda as comuns de todos os demais profissionais de saúde como atendimento individual, reunião com a comunidade e com a equipe de profissionais, entre outros” (SODRÉ; SOUSA, NASSER, 2012, p. 04).

“[...] Evidencia-se a necessidade e a importância da identificação das *atribuições* do Assistente Social junto a equipe saúde da família [...]” (OLIVEIRA, 2012, p. 01).

As atribuições privativas do assistente social constam no artigo quarto da Lei de Regulamentação da Profissão (1993) (BRASIL, 2011b), componente da dimensão dos instrumentos legais do projeto ético-político profissional do Serviço Social. Referem-se às “[...] funções privativas do assistente social, isto é, suas prerrogativas exclusivas” (IAMAMOTO, 2012, p. 37). Com base nos resultados encontrados na produção teórica do Serviço Social, constituem-se atribuições privativas do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja apreensão é equiparada à necessidade profissional para a materialização do projeto ético-político profissional: elaboração de protocolos sobre o núcleo e o campo do Serviço Social; concessão de benefícios assistenciais; intervenção individual; intervenção grupal e familiar, com privilegiamento desta última; articulação do trabalho em rede em suas dimensões interna e externa; realização de vistorias, perícias técnicas sobre a matéria de Serviço Social; treinamento, avaliação e supervisão direta a estagiários de Serviço Social; direção de serviços técnicos de Serviço Social. Conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011), as atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica “[...] devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões” (BRASIL, 2011c, p. 43), sendo que “[...] outras atribuições específicas [...] poderão 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, 2011c, p. 45-46).

As competências do assistente social constam no artigo quinto da Lei de Regulamentação da Profissão (1993) (BRASIL, 2011b). Dizem respeito à “[...] 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, 2012, p. 37). Com base nos resultados encontrados na produção teórica do Serviço Social, são competências do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS): proposição e execução de ações de mobilização, participação e controle social; desenvolvimento de atividades administrativas, auxílio no balcão, entrega da medicação e pesagem de crianças; promoção da saúde, educação em saúde, ações socioeducativas, grupos comunitários e prevenção de agravos; acolhimento e escuta qualificada de usuários; orientação individual, grupal e de segmentos sociais quanto à identificação e utilização dos recursos no atendimento e na defesa de direitos sociais; realização de encaminhamento de providências; planejamento, organização, elaboração, implementação, execução, coordenação, gestão e avaliação de planos, programas, projetos e políticas sociais no âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; realização de estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais; prestação de assessoria e consultoria a movimentos sociais; visita domiciliar; internação domiciliar; reunião com a comunidade e com a equipe de profissionais. Muitas dessas competências são coerentes com as dezoito atribuições consideradas comuns aos profissionais das equipes de atenção básica, enumeradas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011) (BRASIL, 2011c).

As atribuições privativas e as competências do assistente social constituíram-se em tema de debates promovidos no âmbito da profissão cujos resultados encontram-se registrados em pelo menos três importantes documentos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), os quais convêm mencionar. O primeiro documento intitulado “*Atribuições privativas do/a assistente social em questão*” (2002 e 2012), voltou-se ao aprimoramento da interpretação dos artigos quarto e quinto da Lei de Regulamentação da Profissão (1993) (BRASIL, 2011b), na perspectiva do fortalecimento do trabalho profissional de agentes fiscais e assistentes sociais. Por um lado, ratificou-se 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 trabalho no cotidiano da realidade social concreta. Por outro lado, constatou-se a ambiguidade expressa pela repetição de alguns dos artigos concernentes às competências profissionais naqueles caracterizados como de atribuições privativas do assistente social, convencendo-se que *‘[...] se existe repetição da mesma atividade em competência, prevalece na modalidade atribuição privativa, uma vez que a norma específica, que regula o exercício profissional do assistente social, deve ser superior à norma genérica, que estabelece competências’*¹¹⁸ (CFESS, 2012, p. 31).

O segundo documento consiste na Resolução n. 533 do Conselho Federal de Serviço Social (2008), que regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social (CFESS, 2008). Em conformidade com a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) (BRASIL, 2011b), define a supervisão direta de estágio em Serviço Social como “[...] atividade privativa do assistente social, em pleno gozo dos seus direitos profissionais, devidamente inscrito no CRESS [Conselho Regional de Serviço Social] de sua área de ação, sendo denominado supervisor de campo o assistente social da instituição campo de estágio e supervisor acadêmico o assistente social professor da instituição de ensino” (CFESS, 2008, p. 03). O terceiro documento intitulado *“Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde”* (2010), dedicou-se a referenciar a ação profissional do Serviço Social na área da saúde, tendo em vista traçar orientações gerais quanto às “[...] respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde” (CFESS, 2010, p. 10-11).

Uma profissão é, ao mesmo tempo, produto do protagonismo individual e coletivo dos sujeitos que a integram e a ela se dedicam e representação das estruturas dialéticas sob as quais constitui respostas profissionais às necessidades individuais e coletivas que cotidianamente demandam e ratificam a sua existência e inserção em um espaço concreto para a sua realização. Nesse sentido, cabe ao assistente social, na condição de trabalhador coletivo inserido nos espaços sócio-ocupacionais dos distintos níveis de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a materialização do projeto ético-político profissional do Serviço Social através 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), com vistas à transformação do “[...] modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os

¹¹⁸ Grifos do autor.

enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (MERHY, 1997, p. 72).

Para tanto, postula-se que, no espaço sócio-ocupacional da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso às condições necessárias para a efetivação do direito social à saúde deve ser garantido através da consecução de ações profissionais que articulem as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do projeto ético-político profissional do Serviço Social, com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária e a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral. Nesse contexto, a *segunda tendência* da polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciada na produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), é a materialização da ação profissional numa *perspectiva abrangente ou integral*, fundada na interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto de Reforma Sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS), convergentes com os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral, conforme exemplificam os excertos¹¹⁹ representativos:

“Na *Atenção Primária à Saúde (APS)* [...] vem possibilitar a *democratização do acesso aos bens e serviços dos usuários do SUS* [Sistema Único de Saúde] a todos os níveis de saúde” (MIRANDA, 2006, p. 06).

“[...] As contribuições do trabalho dos assistentes sociais para a *integralidade* estão associadas às particularidades dos *saberes e ações profissionais*, tal como a apreensão das *necessidades de saúde* através da experiência social dos sujeitos e da centralidade da afirmação de *direitos* nas abordagens assistenciais [...]” (CLOSS, 2010, p. 01).

“[...] Contribuir para a reafirmação do *Serviço Social* como profissão que detém um *direcionamento ético-político-ideológico* que pode colaborar para a consolidação dos princípios do *Sistema Único de Saúde*” (COSTA; OLIVEIRA, 2010, p. 01).

“[...] Essas ações, quando orientadas em um *processo coletivo de trabalho* e calcadas na defesa dos princípios de *universalidade, integralidade, intersetorialidade* e do *conceito ampliado de saúde*, contribuem para a efetivação do *SUS* [Sistema Único de Saúde] de *qualidade* e o fortalecem o *Projeto de Reforma Sanitária*” (MONTEIRO; FIGUEIREDO; CAVALCANTE, 2010, p. 09).

“O assistente social desempenha suas funções com o intuito de assegurar o *acesso* e a *garantia* das *condições necessárias* para a saúde dos usuários do *SUS* [Sistema

¹¹⁹ Grifos nossos para evidenciar a materialização da ação profissional na perspectiva integral e crítica, *segunda tendência* da polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional.

Único de Saúde], além da garantia de seus *direitos sociais*” (FARIAS SANTOS, 2010, p. 06).

“[...] Esta inserção possibilitou como principais mudanças a *aproximação com a equipe, o estabelecimento de vínculos* e a melhoria das relações entre os integrantes da equipe, e o atendimento das demandas dos usuários no que se refere a encaminhamentos e *garantia de direitos*” (HOFFMANN, 2011 p. 135-136).

Na contramão da anterior, a *terceira tendência* da polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) identificada na produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é a materialização da ação profissional numa *perspectiva seletiva ou limitada*, intrínseca e extrinsecamente permeada pelas disputas estabelecidas no espaço sócio-ocupacional, na política de saúde e na sociedade capitalista contemporânea. Essa perspectiva converge com as práticas profissionais tradicionais que marcaram o processo histórico de constituição do Serviço Social no Brasil, com a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, o modelo de atenção em saúde médico-assistencial privatista ou projeto privatista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modo de produção capitalista neoliberal, que se traduz no projeto societário hegemônico vigente, conforme os excertos¹²⁰ representativos destacados abaixo:

“[...] O assistente social não vem conseguindo realizar um trabalho em conjunto com o Saúde da Família, se limitando ao atendimento de casos isolados, assumindo *papel complementar e subsidiário* aos profissionais da equipe básica, não conseguindo assim, contribuir para a concretização do programa enquanto estratégia que traga mudanças na organização dos serviços de atenção básica em saúde no município” (PACHECO, 2006, p. 07).

“[...] A compreensão explicitada demonstra que de um lado, estes usuários valorizam o trabalho deste profissional, vendo-o como necessário ao desenvolvimento e fortalecimento da comunidade, na luta pelos seus direitos e, por outro, o associam ao *caráter missionário* que marcou o Serviço Social nos seus primórdios” (SOUSA; FONSECA, 2006, p. 01).

“As ações do Serviço Social estão interligadas aos *programas e projetos desenvolvidos pela instituição*, não havendo essa diferenciação entre projetos desenvolvidos pelo Serviço Social e projetos desenvolvidos pela unidade, visto que há uma necessidade das ações serem desenvolvidas em conjunto com os outros profissionais da saúde, visando a atenção básica de saúde voltada à prevenção [...]” (MONTEIRO, 2010, p. 05).

“[...] Os resultados dessa análise evidenciam que o trabalho do assistente social no espaço sócio ocupacional das ESF [Estratégia de Saúde da Família] é permeado pelas *relações contraditórias* entre os projetos que disputam na área da saúde: o

¹²⁰ Grifos nossos para demarcar a materialização da ação profissional na perspectiva limitada e acrítica, *terceira* tendência da polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional.

projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista, resultantes dos projetos políticos em disputa na sociedade brasileira [...]” (HOFFMANN, 2011, p. 11).

Na condição de trabalhador assalariado que vende a força de trabalho para subsistir, no trabalho realizado junto ao espaço sócio-ocupacional da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), o assistente social também está sujeito às transformações no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea e à mercantilização da saúde inspirada em princípios neoliberais. As contradições presentes na materialização da ação profissional do assistente social, o papel complementar e subsidiário à equipe “mínima” multiprofissional, o caráter missionário que marcou a profissão nos seus primórdios, a indiferenciação entre o objeto profissional e o objeto institucional e o trabalho precário citados nas produções teóricas do Serviço Social, são característicos da 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), limitada e desconectada do movimento de reconstrução da realidade social concreta no processo de produção e reprodução social da saúde, enquanto direito social de responsabilidade do Estado. Sob essa perspectiva, o trabalho precário do assistente social impacta negativamente na “[...] ausência ou redução de direitos e garantias do trabalho e a qualidade no exercício da atividade [...]” (GALEAZZI; HOLZMANN, 2011, p. 260).

5.3 PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

À luz das informações sobre as referências aos espaços de inserção profissional do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e das ações profissionais desenvolvidas nesse espaço sócio-ocupacional, urge explicitar sob quais princípios se orienta o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), tendo em vista articular o projeto ético-político profissional e o modelo de atenção em saúde, recorrendo à reconstrução da realidade profissional, a partir dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa. Ao proceder à análise das nove (09) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas pela ferramenta de pesquisa na primeira fonte bibliográfica de coleta de dados – o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) –, no período de 2005 a 2012, identificaram-se os

princípios orientadores do trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional da Atenção Primária em Saúde (APS), cuja frequência de aparição está apontada no Quadro G.

| ÍNDICE | PRINCÍPIOS | FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO |
|--------|--|------------------------|
| 1 | Controle social | 05 |
| 2 | Integralidade | 03 |
| 3 | Interdisciplinaridade | 02 |
| 4 | Responsabilização do Estado | 02 |
| 5 | Emancipação | 01 |
| 6 | Intersetorialidade | 01 |
| 7 | Construção de uma sociedade mais justa e igualitária | 01 |

Quadro G – Frequências de aparição dos princípios orientadores do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012.

Fonte: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Ministério da Educação (MEC) (2013).

O controle social, a integralidade e a construção de uma sociedade mais justa e igualitária como um dos sinônimos assumidos pela equidade, são princípios transversais à Estratégia Saúde da Família (ESF), à Atenção Básica em Saúde (ABS), à Atenção Primária em Saúde (APS), ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios éticos fundamentais do assistente social. O controle social é equiparado ao princípio da ‘participação popular’, conquistado pela população na Constituição Federal (CF) de 1988. Visa à ampliação da democracia representativa – esta que, apesar de se considerada uma vitória dos movimentos sociais organizados está sujeita à dominação da classe social representada pelo capital –, para a democracia participativa de massas, isto é, com ampla participação social, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com a rede de organizações de base, tais como: os sindicatos, as comissões empresariais, as organizações profissionais, as associações de bairro, os movimentos sociais urbanos e rurais, etc. (BRAVO, 2009).

O princípio da integralidade é uma das diretrizes básicas da saúde instituído também na Constituição Federal (CF) de 1988, aspecto que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) diferencia o sistema público de saúde brasileiro da tendência mundial. No

conteúdo constitucional consta a integração das ações e dos serviços públicos de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único, tendo como uma de suas diretrizes o “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198, p. 81). Mattos (2011) trabalha com a enumeração de três conjuntos para resgatar os sentidos da integralidade. O primeiro remonta à crítica da medicina integral à prática médica fragmentária em relação aos pacientes, associando-a a atitude, como boa prática médica. O segundo engloba a organização dos serviços e as práticas de saúde, na qual a integralidade deixa de ser uma atitude para se tornar uma marca no modo de organização dos processos de trabalho. O terceiro volta-se para grupos específicos, relacionando-se com as denominadas políticas especiais. Entender a noção polissêmica que circunda a integralidade remete à compreensão das particularidades da Reforma Sanitária brasileira e do projeto societário ao qual se vincula.

A equidade teve sua incorporação relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária. Tanto na Constituição Federal (CF) de 1988, quanto na Lei Orgânica da Saúde (LOS) o termo presente é a igualdade, esta atrelada ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde e à assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Como um princípio, a equidade desponta no contexto contemporâneo, associado aos direitos sociais das minorias, introduzindo a noção de diferença atrelada à cidadania que vinha sendo o espaço, por excelência, da igualdade. As políticas sociais equitativas são um meio para atingir a igualdade (ESCOREL, 2009). Sposati (1999) corrobora que a igualdade precisa estar atrelada à equidade, pois, a universalidade não se efetiva sem comportar o direito à diferença, isto é, não se trata mais de buscar um padrão homogêneo, mas equânime.

A interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a responsabilização do Estado na garantia dos direitos sociais são princípios comuns tanto ao modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária, quanto do projeto ético-político profissional do Serviço Social. A interdisciplinaridade diz respeito à ruptura com a fragmentação do saber, instituída pela ciência moderna sob a égide do capital, reproduzida no processo de formação e no mundo do trabalho (PEREIRA, 2009). No âmbito da saúde, contempla a “[...] articulação operativa de saberes e práticas buscando a ruptura do isolamento do corpo do conhecimento e da atuação de cada uma das profissões da saúde e decorrente fragmentação da atenção em saúde (SANTOS *et al.*, 2011, p. 65). Implica na administração da atenção cooperativamente com as demais categorias profissionais de saúde nível superior e técnico que integram as equipes multiprofissionais tanto do sistema de saúde, quanto do conjunto de políticas sociais a ela afins, isto é, por meio da ação intersetorial.

A intersectorialidade corresponde à “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto” (BRASIL, 2009c, p. 18). Através da intersectorialidade é possível estabelecerem-se espaços compartilhados como elos entre os serviços de saúde e as diferentes políticas sociais, com potencial de impacto nas condições de saúde da população. Trabalhar com vistas à intersectorialidade significa superar a fragmentação não apenas do conhecimento, mas, igualmente, das ações e dos serviços mediadores do atendimento às necessidades de saúde em sentido ampliado. A potência da intersectorialidade consiste justamente em conferir aos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde possibilidades de realização de uma atenção integral e resolutiva e seu desafio primordial é o de articulação dos diferentes setores e políticas sociais nesse processo, com primazia do Estado na sua condução.

A responsabilização do Estado na garantia das políticas sociais e dos direitos sociais e, em especial, do direito social à saúde, é um princípio profundamente enraizado na Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral e intercambiável com as balizas do projeto ético-político profissional do Serviço Social. Nos distintos espaços profissionais nos quais se insere, em especial, nos espaços de inserção profissional nos níveis de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação ativa do assistente social nos movimentos em defesa do acesso universal à seguridade social, às políticas sociais e aos direitos sociais e da primazia do Estado na condução destes, é condição indispensável à satisfação das necessidades de saúde, “[...] reafirmando a consolidação do SUS [Sistema Único de Saúde], do SUAS [Sistema Único de Assistência Social], da Previdência Social, da educação pública” (RAICHELIS, 2009, p. 13), dentre outros, tendo em vista o combate às políticas sociais focalizadas na pobreza ou “[...] voltada aos mais pobres entre os pobres” (*id.*), a despolitização e a refilantropização da questão social, características marcantes da intervenção do Estado orientada no referencial teórico neoliberal.

A emancipação, enquanto demanda política inerente à liberdade como valor ético central é o “carro-chefe” dos princípios éticos fundamentais do assistente social. Marx (2005) refere que a emancipação humana se processa somente quando o homem individual recupera o cidadão abstrato e se converte em ser genérico, em seu trabalho e em suas relações individuais, isto é, somente quando o ser social organiza suas forças próprias como forças sociais, sem separar de si a força social sob a forma de força política. O homem só pode emancipar-se sob a condição de ser social livre dotado de consciência, pois a liberdade não diz respeito à consciência na liberdade das escolhas, mas “[...] na existência de alternativas e na possibilidade concreta de escolha entre elas” (BARROCO, 2008, p. 26). A

emancipação dos sujeitos emerge equiparada a princípio que rege o projeto ético-político profissional do Serviço Social na descrição do trabalho do assistente social no denominado “[...] contraditório espaço sócio-ocupacional do Programa Saúde da Família (PSF)” [...] (HOFFMANN, 2007, p. 08).

Verifica-se que uma das contribuições do profissional assistente social pode ser do próprio processo de planejamento junto à equipe, pois nele se expressa sua visão de homem e de mundo, fundamentada pelos valores fundamentais que constituem o projeto ético-político do Serviço Social, legitimado nos documentos que regulamentam a profissão, na busca do exercício da cidadania e da emancipação dos sujeitos sociais, bem como na construção de um projeto de trabalho que pode significar uma forma potente de resistência às ações meramente rotineiras e burocráticas (*ibid.*, p. 101).

Ao proceder à análise nas onze (11) publicações do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas na segunda fonte bibliográfica de coleta de dados – os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) –, nas edições de 2006, 2008, 2010 e 2012, não foram identificados princípios adversos aos anteriores. Constaram-se alterações somente na frequência de aparição dos princípios orientadores do trabalho do assistente social no espaço sócio-ocupacional da Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com os apontamentos do Quadro H.

| ÍNDICE | PRINCÍPIOS | FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO |
|--------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | Responsabilização do Estado | 03 |
| 2 | Controle social | 02 |
| 3 | Integralidade | 02 |
| 4 | Interdisciplinaridade | 01 |
| 5 | Intersetorialidade | 01 |

Quadro H – Frequência de aparição dos princípios orientadores do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), no período de 2005 a 2012.

Fonte: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2013).

Unificando as publicações do Serviço Social de ambas as fontes bibliográficas de coleta de dados da pesquisa, constata-se que o controle social, a integralidade, a responsabilização do Estado, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade constituem-se em principais princípios que vêm orientando o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, a *quinta configuração* identificada ao contemplar a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é a orientação em princípios transversais e convergentes do modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária, da Atenção Primária em Saúde (APS), com o Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios que regem o projeto ético-político profissional do Serviço Social, materializados na contramão do projeto societário hegemônico capitalista neoliberal, em um cenário eivado de interesses individuais e coletivos antagônicos, isto é, interesses adversos de classes sociais opostas e em disputa na sociedade brasileira.

Para materializar o trabalho no espaço sócio-ocupacional da Atenção Primária em Saúde (APS), o assistente social recorre prioritariamente ao princípio do controle social sob a forma de participação popular, base sócio-histórica constitutiva do direcionamento social da profissão no atual projeto ético-político profissional do Serviço Social. Por conseguinte, lança mão do princípio da integralidade como forma de objetivação da atenção às necessidades de saúde ou às condições necessárias para a efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado. Para tanto, é copartícipe da articulação coletiva das categorias profissionais de saúde e da integração dos serviços de saúde com os distintos setores, aspectos pelos quais se torna imperioso reconhecer a integralidade como um princípio organicamente atrelado à interdisciplinaridade e à intersetorialidade, na busca do mais alto nível de saúde.

CONCLUSÕES: SÍNTESE COMO TOTALIZAÇÃO PROVISÓRIA DA TESE DE DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

As inquietações quanto ao trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) acompanham o processo de formação e exercício profissional da autora, tendo emergido na experiência como Residente de Serviço Social no processo formativo de pós-graduação *latu sensu* baseado na díade ensino-serviço com ênfase em “Atenção Básica em Saúde Coletiva” pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) e da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) (2005/2007). Na ocasião, oportunizou-se a inserção profissional em serviços de atenção e gestão na atenção básica e secundária do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, integrando equipes multiprofissionais compostas por múltiplas categorias profissionais de saúde de nível superior e técnico.

As indagações emergentes das contradições vivenciadas no processo de ensino em serviço foram canalizadas à Dissertação de Mestrado em Serviço Social defendida no Curso de Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2007/2009). Nesta, propôs-se à produção de conhecimento objetivando fornecer subsídios para a apreensão e qualificação do tema dos processos de trabalho nos quais participavam os assistentes sociais inseridos na Atenção Básica em Saúde (ABS) no município, 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). Nesse ínterim, ratificou-se a potencialidade do trabalho do assistente social na mediação do acesso às ações intersetoriais, bens e serviços necessários à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado, ainda que materializado na tensa intersecção entre a esfera pública e os ditames do projeto profissional e societário hegemônico (CAMARGO, 2009).

Acrescentando-se ao exercício profissional como assistente social na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), a experiência profissional como bolsista de pesquisa em nível de Pós-Graduação *stricto sensu* em Serviço Social, pesquisadora associada a núcleos de pesquisa sobre saúde e trabalho em Instituições de Ensino Superior (IES) e docente universitária de Serviço Social, ingressou-se no Curso de Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (2010/2013). Para

tanto, buscou-se aprofundar os estudos empreendidos anteriormente, delimitando-se como tema de pesquisa *“as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI na produção teórica do Serviço Social”*.

Um importante desafio enfrentado na política de saúde no século XXI diz respeito à inconclusa luta em prol da ampliação acompanhada de condições mais equitativas de inserção das categorias profissionais no nível primário de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objeto de intervenção profissional extrapole a perspectiva médico-assistencial privatista, com ênfase individual, curativa e na medicalização. Nesse ínterim, a atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como estratégia privilegiada de reorganização do modelo de atenção e o assistente social se constitui em trabalhador coletivo histórica e tecnicamente capacitado para intervir junto aos determinantes sociais da saúde, realizando seu trabalho por meio da mediação do acesso às condições necessárias à efetivação do direito social à saúde de responsabilidade do Estado, com vistas à atenção integral, interdisciplinar e intersetorial. Assim sendo, propôs-se a Tese de Doutorado em Serviço Social de que, *apesar da incipiente produção teórica do Serviço Social, as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) ratificam as interfaces entre o projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

No plano científico, recorreu-se à dimensão investigativa, adotando-se como objetivo geral o de *“explicitar as configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) na produção teórica do Serviço Social, tendo em vista desvendar a interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI”*, para construir respostas profissionais ao problema de pesquisa *“como a produção teórica do Serviço Social expressa as configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI?”*. O processo de trabalho em espiral da pesquisa bibliográfica, do tipo explicativo, com abordagem qualitativa, fundamentou-se no método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas historicidade, totalidade, contradição e mediação articuladas às categorias temáticas trabalho do assistente social, projeto ético-político profissional do Serviço Social, Atenção Primária em Saúde (APS), Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo de atenção em saúde, inspiradas no referencial teórico do Serviço Social e da Saúde Coletiva e nas publicações e medidas do Ministério da Saúde (MS). Com base nisso, procedeu-se à análise de conteúdo com corte temático da produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no período de 2005 a 2012, ano coincidente com o lançamento do documento de posicionamento da Organização Pan-

Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a adoção de uma abordagem renovada da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas (OPAS/OMS, 2005) e o mais recente em termos retrospectivos, respectivamente.

No plano teórico, contemplaram-se os elementos necessários à contextualização do cenário em que se configura o trabalho do assistente social na cena contemporânea, mais especificamente no espaço sócio-ocupacional da atenção primária 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 sócio-histórica, quanto das metamorfoses no mundo do trabalho na cena contemporânea. Com base na revisão teórica empreendida, ratificou-se a centralidade do trabalho no universo produtor de mercadorias no modo de produção capitalista, em sua versão contemporânea neoliberal e o papel fundamental deste no processo de busca pela satisfação das necessidades sociais, como meio de objetivação humana e forma intercambiável do homem com a natureza. 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 permeada 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 da saúde traduzíveis em determinantes sociais da saúde ou necessidades de saúde passam a ser adquiridos no mercado privado sob a forma de mercadorias.

Na atual etapa do capitalismo estruturado 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 explicativa da realidade necessária para a reconstituição do processo que engendra a realidade social concreta. Isto não se distancia do necessário reconhecimento das metamorfoses da questão social, objeto ou matéria prima do 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 sujeito às injunções decorrentes da relação social contraditória que o capital encerra, o assistente social realiza o trabalho no espaço sócio-ocupacional da Atenção Primária em Saúde (APS), assumindo o desafio de articular as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do projeto ético-político profissional do Serviço Social, com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária ou projeto da Reforma Sanitária e a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral, na tensão entre a política pública

de saúde e os ditames do modo de produção capitalista neoliberal, que se traduz no projeto societário hegemônico vigente na cena contemporânea.

No plano analítico, empreenderam-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação com base na análise de conteúdo com corte temático das publicações do Serviço Social localizadas em ambas as fontes bibliográficas de coleta de dados – o Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC) e os Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) –, no período de 2005 a 2012. Destarte, explicitaram-se as *configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) no século XXI, na produção teórica do Serviço Social brasileira*.

Ao contemplar a produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a *primeira configuração* identificada é que tem se desenhado uma crescente tendência em tratá-lo a partir do privilegiamento da referência à Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de experiências municipais ou locais isoladas e focalizadas que remetem à polissemia teórico-conceptual das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS), em um contexto de *conformismo* e reprodução da lógica centrada na “equipe mínima” preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para organizar a atenção voltada aos cuidados básicos de saúde em território nacional. A *segunda configuração* reforça a questão do gênero na profissão, considerando-se a predominância de mulheres na autoria da produção teórica do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

A *terceira configuração* é a utilização de referências ao espaço sócio-ocupacional que remetem à polissemia teórico-conceptual das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS). A *quarta configuração* consiste na *característica genérica* de polissemia técnico-operativa das abordagens de Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorada em três tendências. A *primeira tendência* é a particularização da ação profissional em atribuições privativas e competências profissionais. A *segunda tendência* é a materialização da ação profissional numa *perspectiva abrangente ou integral*, fundada na interface do projeto ético-político profissional e o modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto de Reforma Sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS), convergentes com os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente ou integral. A *terceira tendência* é a materialização da ação profissional numa *perspectiva seletiva ou limitada*, intrínseca e

extrinsecamente permeada pelas disputas estabelecidas no espaço sócio-ocupacional, na política de saúde e na sociedade capitalista contemporânea. Converte com as práticas profissionais tradicionais que marcaram o processo histórico de constituição do Serviço Social no Brasil, a abordagem de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, o modelo de atenção em saúde médico-assistencial privatista ou projeto privatista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modo de produção capitalista neoliberal, que se traduz no projeto societário hegemônico vigente.

A quinta e última configuração é a orientação em princípios transversais e convergentes do modelo de atenção de Reforma Sanitária ou Projeto da Reforma Sanitária, da Atenção Primária em Saúde (APS), com o Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios que regem o projeto ético-político profissional do Serviço Social, destacando-se o *estímulo ao controle social sob a forma de participação popular, base sócio-histórica constitutiva do direcionamento social da profissão e da mediação do acesso às condições necessárias à efetivação do direito social à saúde, de responsabilidade do Estado, com vistas à atenção integral, interdisciplinar e intersetorial, na busca do mais alto nível de saúde*. Articuladamente ao movimento crítico da profissão, esse modo de fazer saúde é teórico-conceitual e técnico-operativamente coerente com os cuidados primários seminais de Alma Ata, despontando como *resistência social* da categoria profissional dos assistentes sociais em contraposição à lógica de atenção fundada na assistência médica individual e privatista à saúde, concernente ao modelo de atenção em saúde médico assistencial privatista ou projeto privatista.

À luz dos resultados encontrados ao final do processo de trabalho em espiral da pesquisa, a Tese de Doutorado em Serviço Social construída *a priori*, confirmou-se parcialmente *a posteriori*, postulando-se a seguinte síntese como totalização provisória: *de acordo com a incipiente produção teórica do Serviço Social, o trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) no século XXI, se configura como mescla da interface entre o projeto ético-político profissional do Serviço Social, com os distintos modelos de atenção conformados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a polissemia de abordagens teórico-conceitual e técnico-operativa da Atenção Primária em Saúde (APS), na tensão entre o reconhecimento dos determinantes ou necessidades de saúde enquanto direito social de responsabilidade do Estado na perspectiva da integralidade e a mercantilização da saúde sob a forma de mercadoria na perspectiva restrita aos ditames do projeto societário capitalista neoliberal, hegemônico na cena contemporânea*.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social/Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Nov. de 1995. O Serviço Social no Século 21: **Rev. Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 50, ano 27, abr. 1996, p. 143-171.

_____. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social/Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social. **Currículo mínimo para o curso de Serviço Social**. Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: 1996. 25 p.

ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise contemporânea, emancipação política e emancipação humana: questões e desafios do Serviço Social no Brasil. **Anais**. 10. ed. [Recurso eletrônico], 2006.

_____. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Trabalho, políticas sociais e projeto ético-político profissional do Serviço Social: resistência e desafios. **Anais**. 11. ed. [Recurso eletrônico], 2008.

_____. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais**. 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

_____. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão. **Anais**. 13. ed. [Recurso eletrônico], 2012.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Augusto. **Atenção primária integral à saúde**: indicadores para avaliação. Rio de Janeiro: 2011. 21 p.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2013. 200 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.

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. Rio de Janeiro, 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**. 2009, v.19, n.4, p. 1007-1028.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda., 2004. 225 p.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2008.

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: CFESS. 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.

_____. Política social no contexto da crise capitalista. 2009, 27 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 12. ed. Brasília: UNB, v. 1. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília: 1990a.

_____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Lei complementar do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1990b.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição – PEC n. 32**, de 28 de março de 1995.

_____. **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. 1996, 33 p.

_____. **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: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde,** n. 287 de 08 de outubro de 1998.

_____. **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.

_____. **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: Ministério da Saúde, v. 2. 2003. 288 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: 29 mar. 2006a. Seção 1. 26 p.

_____. **Portaria n. 399/GM,** de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde, 2006b.

_____. **Portaria n. 649,** de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006c. Brasília: 29 mar. 2006. Seção 1.

_____. **Portaria n. 650,** de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006d. Brasília: 29 mar. 2006. Seção 1.

_____. 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: CONASS, 2007. 290 p.

_____. **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. 2008. 16 p.

_____. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Textos Básicos de Saúde. Série B. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 480 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 160p.

_____. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011b. 60 p.

_____. **Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF Municípios. Brasília: 2012a. 26 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 232 p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p.

_____. **Resolução n. 466, de 13 de junho de 2012**. Trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos no País e atualiza a Resolução n. 196/1996. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012d. 12 p.

_____. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. 2012e.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. 2000, p. 103-115. In: CFESS. 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.

_____. Política de saúde no Brasil, 2006, 24 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. 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2008.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate, 2006, p. 25-47. In: MOTA, Ana Elisabete, *et al.* (Orgs.). 2. ed. **Saúde e Serviço social: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006a. 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>. Acesso em: 29 dez. 2008.

_____. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. 2009, 21 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CAMARGO, Marisa. A reprodução social da saúde: referências ao processo de trabalho em serviço social em uma residência integrada em saúde. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan./jun. 2007, p. 81-92.

_____. Modelo de atenção e exercício profissional do assistente social na atenção básica. **Rev. Sociedade em Debate**. Pelotas, a. 17, v. 2, jul./dez. 2011, p. 167-192.

_____; BELLINI, Maria Isabel Barros. Exercício profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS). 2012, p. 14-33. In: BELLINI, Maria Isabel Barros Bellini; CLOSS, Thaísa Teixeira. (Org.). **Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação: a excelência na formação do assistente social**. 1ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 1. 2012.

_____. Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). **Projeto de Pesquisa**. (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: 2013. 52 p.

_____. **Sistematização e análise dos dados da pesquisa de Doutorado em Serviço Social**. Porto Alegre: 2014.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007, p. 399-407.

CAPES; MEC. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; Ministério da Educação. **Banco de teses**. Resumos de teses, dissertações e cursos profissionalizantes. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>>. Acesso em: mai./jun. de 2013.

CARDOSO, Franci Gomes. As novas diretrizes curriculares para a formação profissional do assistente social: principais polêmicas e desafios. 2000, p. 07-17. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Rev. Temporalis**, ano 1, n. 2. Brasília/DF: ABEPSS, jul./dez. 2000.

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

CBCISS. Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais. **Teorização do Serviço Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1986. 233 p.

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.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social (Org.) **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Ed. virtual. Brasília/DF: CFESS, 2005, 72 p.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução N° 533**, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social. 2008, 05 p.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n. 2. Brasília: 2010. 79 p.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS. 1. ed. ampl. 2012. 74 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, 2006.

CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Determinantes Sociais da Saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?** 2006.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, jul. 1996. 117 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2007.

CORREA, Maria Valéria Costa. O controle social na saúde. 2006, 29 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/texto1-6.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2013.

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.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 3. ed. São Paulo: Cortez. 2008.

_____; *et al.* **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, New York, v. 94, n. 11, 2004, p. 1864-74.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas S.A. 1991.

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.

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.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. Verbete. 2009. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: 2009.

ESP/RS. Escola de Saúde Pública do Estado 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.

FALEIROS, Vicente de Paula. Aonde nos levam as diretrizes curriculares? **Revista Temporalis**. Brasília: ABESS, n. 2, 2000, p. 163-182.

FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. 2009, p. 43-67. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D. Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Coleção Educação

Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, n. 4. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.

FELIPE, José Saraiva. MPAS: O vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, out./dez. 1987, p. 483-504.

GALEAZZI, Irene; HOLZMANN, Lorena. Precarização do trabalho. Verbete. 2011, p. 259-265. In: CATTANI, David Antonio; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 358 p.

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, p. 64-89.

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.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo : Atlas, 2008. 200 p.

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.

GRESSLER, Lori Alice. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. São Paulo: Loyola, 2003.

GROS, Denise Barbosa. **Institutos liberais e neoliberalismo no Brasil da Nova República**. Porto Alegre: FEE, 2003, 253 p.

GUERRA, Yolanda. 2009, 20 p. A dimensão investigativa no exercício profissional. In. CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 215 p.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução: Marcos Santarrita. Revisão Técnica Maria Célia Paoli. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 598 p.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Dicionário Aurélio on-line**. 2013. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2014.

HOLZMANN, Lorena. Processo de trabalho II. 2006, p. 209-212. In: CATTANI, David Antonio; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 358 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 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**. 1. ed. rev. e ampl. São Paulo: CFESS, fev. 2002. 50 p.

_____.; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. 16. ed. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 2004. 380 p.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 495 p.

IPEA/SPIMP. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, mar. 2010. 182 p.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. 2009, 26 p. In. CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989. 230 p.

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.

LESSA, Sergio. Serviço Social e trabalho: do que se trata? 2000, p. 35-58. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Rev. Temporalis**, ano 1, n. 2. Brasília/DF: ABEPSS, jul./dez. 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma, Cristina Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. In: **Rev. Textos & Contextos**, v. 8 n.1. Porto Alegre: jan./jun., 2009, p. 22-48.

LUKÁCS, Georg. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. São Temas de Ciências Humanas, n. 4. Paulo: Ciências Humanas Ltda. 1978, p. 01-18.

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. **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.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2005. 315 p.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas e quantitativas na pesquisa em Serviço Social. 2003, p. 19-29. In: _____ (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 2003. 143 p.

MARTINS, José de Souza. A escravidão na sociedade contemporânea: a reprodução ampliada anômala do capital e a degradação das relações de trabalho. 2001, p. 13-20. In: **Rev. do Ministério Público do Trabalho**. Procuradoria-Geral do Trabalho. Ano XI, n. 2. Brasília: mar. 2001.

MARX, Karl; ENGELS, Friederich. **Obras escolhidas em três volumes**. Rio de Janeiro: Vitória: 1963.

_____. **Trabalho assalariado e capital**. Obras escolhidas de Marx e Engels. São Paulo: Editorial Avante, 1982, p. 142-177.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 9. ed., vol. 1. São Paulo: Difel Difusão Editorial S.A, 1984. 579 p.

_____; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução de Jacob Gorender. São Paulo: Martins Fontes. 1989.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Coleção a Obra Prima de Cada Autor. São Paulo: Martin Claret, 2003. 198 p.

_____. **A questão judaica**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Resumo. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=89&tpl=view_participantes>. Acesso em: 26 dez. 2011.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. 2013.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, José Barcellos; DEMARZOS, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e pressupostos. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 2, abr./jun. 2009, p. 204-213.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. Entrevista: O SUS e a Atenção primária à saúde. **Revista de APS**. Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES, Jussara 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.

_____. **XVIII 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. Julio, 2004, San Jose/Costa Rica.

_____. Acidentes de trabalho. Verbete. 2011, p. 24-27. In: CATTANI, David Antonio; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011. 494 p.

_____; WÜNSCH, Dolores Sanches; COUTO, Berenice Rojas. Proteção social. Verbete. 2011, p. 276-280. In: HOLZMANN, Lorena. Processo de trabalho II. 2006, p. 209-212. In: CATTANI, David Antonio; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 358 p.

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: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Práxis en Salud:** un desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson E. **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). 5. ed. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Políticas Sociais. 2008. In: BOSCHETTI, Ivanete; *et al.* (Orgs.). **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social:** um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. São Paulo: Cortez, 2007. 323 p.

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.

MS/SAS/DAB. Ministério da Saúde/Sistema de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família por unidade geográfica.** Brasília: 2013.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 334 p.

_____. 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>. Acesso em: 14 dez. 2008.

_____. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. 2007, p. 135-170. In: **Rev. Em Pauta.** Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Dossiê: Serviço Social na América Latina, n. 19. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

_____. Introdução ao método da teoria social. 2009. 38 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

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>. Acesso em: 29 dez. 2008.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, 1994, p. 05-21.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma Ata.** Conferência Internacional de Alma-Ata, 06-12 set. 1978. 03 p.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio.** Nova Iorque: 2000. 20 p.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. **Documento de Posicionamento da OPAS/OMS**. Ag. 2005. 37 p.

PAIM, Jairnilson Silva; 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.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. Parte I: Política social e controle democrático, 2001, p. 25-42. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez Editora: UERJ, 2001. 254 p.

PEREIRA, Isabel Brasil. Interdisciplinaridade. Verbete. 2009. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: 2009.

PETRAS, James. **Intelectuais**: uma crítica marxista aos pós-marxistas. Tradução de Jair Pinheiro. São Paulo: Mimeo, 1996. 25 p.

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.

PRATES, Jane Cruz. Possibilidade de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente 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, 2003.

_____. O Planejamento da Pesquisa Social. **Temporalis**, n. 7, Porto Alegre, ABEPSS, 2004.

_____. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Revista Temporalis**, n. 9, ABEPSS. 2005.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para 2015**. 2012.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. 2009, 13 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. 12. ed. São Paulo: Nova Cultural, 2003.

SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; *et al.*. Integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade: o tripé orientador da integração ensino e serviço em saúde. 2011, p. 61-72. In: CORBELLINI, Valéria Lamb *et al.* (Orgs.). **Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS**. Brasília/DF: ABEn, 2011. 190p.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça: A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004, cap.1, 2 e 3, p.31-185.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; *et. al.* A pesquisa, a produção e a divulgação de conhecimentos dos programas de Pós-Graduação na área de Serviço Social. 2005, cap. 3, p. 69-132. In: CARVALHO; Denise Bomtempo Birche de; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Serviço Social, Pós-Graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005. 144.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy. O SUS e a Saúde da Família. 2004, p. 14-26. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Metropolitanos. Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.

SPOSATI, Aldaíza. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VÉRAS, Maura Paudini Bicudo (Org.). **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ, 1999.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SWEEZY, Paul. Capitalismo monopolista. **Rev. Monthly Review**. Vol. 56, n. 05, out. 2004.

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.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: junho de 2011. 10 p.

_____; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. 2009, 19 p. In: CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas S.A., 1987. 175 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. 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/texto2-3.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Modelos de proteção social e a regulação dos mercados de saúde**. 2005. 19 p.

_____; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Suplemento, n. 15. **Physis Rev. De Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2005, p. 225-264.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004, vol. 01. 224 p.

VUORI, Henry. The role of schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, n. 4, 1985. p. 221-30.

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.

YAZBEK, 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.

_____; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Das origens à atualidade da profissão: a construção da Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil. 2005, cap. 1, p. 25-49. In: CARVALHO; Denise Bomtempo Birche de; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Serviço Social, Pós-Graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005. 144.

_____. Os fundamentos históricos e teórico metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. 2009, 28 p. In. CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

PUBLICAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

BENNATTI, Bibiana Cristina Granatta. **O Serviço Social e a estratégia saúde da família: potencialidades de uma aproximação.** Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2008. 73 p.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócio-ocupacional da atenção básica.** 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, 2009. 195 p.

CAMPOS, Sayonara de Azevedo Gomes. A prática do assistente social na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro/RJ: 2010, 10 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais.** 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2009. 197 p.

CLOSS, Thaísa Teixeira; CORDEIRO, Teo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): um ovo momento para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. São Luís/MA: 2008, 06 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Trabalho, políticas sociais e projeto ético-político profissional do Serviço Social: resistência e desafios. **Anais.** 11. ed. [Recurso eletrônico], 2008.

_____. O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade? Resumo da 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, 2010.

COSTA, Roberta Rocha da; OLIVEIRA, Lucia Conde de. A inserção e atuação do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro/RJ: 2010, 11 p. ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais.** 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

FARIAS DOS SANTOS, Amanda. Práticas e contribuições do Serviço Social à Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro/RJ: 2010, 11 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais**. 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

HOFFMANN, Edla. **O trabalho dos assistentes sociais no Programa Saúde da Família (PSF) na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul**. 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, 2007. 136 p.

_____. **A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011. 170 p.

OLIVEIRA, Andréia de; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. O Serviço Social na atenção básica à saúde: uma análise exploratória da produção de conhecimento e da orientação profissional. Juiz de Fora/MG: 2012, 07 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão. **Anais**. 13. ed. [Recurso eletrônico], 2012.

PACHECO, Valdirene Firmino. **O trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família (PSF) de Ipatinga/MG: limites e possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006. 146 p.

MIRANDA, Thalita Claudino de. A inserção do assistente social nas Equipes Saúde da Família no município de Uberaba – MG. Juiz de Fora/MG: 2012, 15 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão. **Anais**. 13. ed. [Recurso eletrônico], 2012.

MONTEIRO, Priscilla Azevedo. Apontamentos acerca do Serviço Social em Unidades Básicas de Saúde da Família: particularidades da UBSF Edivaldo Silva/AL. Rio de Janeiro/RJ: 2010, 10 p. ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais**. 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

MONTEIRO, Priscilla Azevedo; FIGUEIREDO, Joseane Gomes Figueiredo; CAVALCANTE, Márcia Valéria da Silva. A Estratégia Saúde da Família na política de

atenção básica: o Serviço Social na efetivação da prevenção e do conceito ampliado de saúde. Rio de Janeiro/RJ: 2010, 11 p. ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise do capital e produção do conhecimento na realidade brasileira: pesquisa para quê, para quem e como. **Anais**. 12. ed. [Recurso eletrônico], 2010.

SANTOS, Tatiely Camille dos. **A ação profissional do assistente social e suas contribuições para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa – Paraná**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2010. 190 p.

SODRÉ, Francis; SOUSA, Tarcila Freitas de; NASSER, Rafaela Scaramussa. O Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família: o debate social presente mediante o processo de trabalho na atenção básica à saúde. Juiz de Fora/MG: 2012, 13 p. ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão. **Anais**. 13. ed. [Recurso eletrônico], 2012.

SOUSA, Kaliane Leite de Almeida Sousa; FONSECA, Cleomar Campos da. **A Avaliação dos Usuários do Programa Saúde da Família Acerca da Atuação Profissional do Assistente Social em um Novo Modelo de Atuação à Saúde**. Recife/PE: 2006, 07 p. In: ABEPSS; CFESS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social. Crise contemporânea, emancipação política e emancipação humana: questões e desafios do Serviço Social no Brasil. **Anais**. 10. ed. [Recurso eletrônico], 2006.

TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju**: os tempos de um movimento. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2009. 253 p.

APÊNDICES

Apêndice A – Ficha bibliográfica de resumo analítico para a coleta de dados da pesquisa no Banco de Teses que integra o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Ministério da Educação (MEC)

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL
LINHA DE PESQUISA PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇO SOCIAL**

Projeto de Tese de Doutorado em Serviço Social: Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Doutoranda: Marisa Camargo.

Orientadora: Professora Maria Isabel Barros Bellini.

FICHA BIBLIOGRÁFICA DE RESUMO ANALÍTICO [1]

Fonte secundária de coleta de dados: _____
Palavra chave fixa: _____ **Palavra chave itinerante:** _____ **Ano:** _____

| ANO | AUTOR | IES ¹²¹ CURSO | TÍTULO DA DISSERTAÇÃO OU TESE [I] Incluída [E] Excluída [RI] Repetição de produção Incluída anteriormente |
|-----|-------|-----------------------------|---|
| | | | <p>RESUMO</p> <p>1- Referência aos espaços sócio-ocupacionais nos quais o assistente social se insere na Atenção Primária em Saúde (APS):</p> <p>a- Programa Saúde da Família (PSF) b- Estratégia Saúde da Família (ESF) c- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) d- Atenção Básica em Saúde (ABS) e- Atenção Primária em Saúde (APS)</p> <p>2- Ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS).</p> <p>3- Princípios que orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS).</p> |

¹²¹ Instituição de Ensino Superior (IES).

Apêndice B – Ficha bibliográfica de resumo analítico para a coleta de dados da pesquisa nos Anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) promovidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL
LINHA DE PESQUISA PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇO SOCIAL**

Projeto de Tese de Doutorado em Serviço Social: Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Doutoranda: Marisa Camargo.

Orientadora: Professora Maria Isabel Barros Bellini.

FICHA BIBLIOGRÁFICA DE RESUMO ANALÍTICO [2]

Fonte secundária de coleta de dados: _____

Palavra chave: _____ **Opção de assunto ou eixo temático:** _____ **Ano:** _____ **Local:** _____

| ANO | AUTORES | INSTITUIÇÃO | TÍTULO DO TRABALHO |
|-----|---------|-------------|--|
| | | | [I] Incluída [E] Excluída [RI] Repetição de produção Incluída anteriormente |
| | | | <p>RESUMO</p> <p>1- Referência aos espaços sócio-ocupacionais nos quais o assistente social se insere na Atenção Primária em Saúde (APS)</p> <p>a- Programa Saúde da Família (PSF) b- Estratégia Saúde da Família (ESF) c- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) d- Atenção Básica em Saúde (ABS) e- Atenção Primária em Saúde (APS)</p> <p>2- Ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS).</p> <p>3- Princípios que orientam o trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS).</p> |

C172c Camargo, Marisa

Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS) no século XXI: um estudo da produção teórica do Serviço Social brasileiro / Marisa Camargo. – Porto Alegre, 2014.

158 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Pós-Graduação em Serviço Social. PUCRS.

Orientador: Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Assistentes Sociais. 2. Política de Saúde. 3. Saúde Coletiva. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

CDD 361

Bibliotecária Responsável

Ginamara de Oliveira Lima

CRB 10/1204