

# Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social

Health care: current challenges for social work

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO \*

LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA \*\*



**RESUMO** – O artigo discute as especificidades do trabalho do assistente social na área da saúde, a partir de pesquisa realizada com profissionais inseridos na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. O estudo foi construído a partir da compreensão de que o assistente social se insere no trabalho em saúde atuando sobre os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença com a perspectiva de atender as necessidades dos usuários. Porém, os desafios postos pela conjuntura neoliberal, faz com que o assistente social seja desafiado a buscar alternativas competentes e criativas, para fortalecer o caráter democrático dos serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave** – Serviço Social. Trabalho em saúde. Atenção primária à saúde.

**ABSTRACT** – The article discusses the specifics of the work of social workers in the health, from research conducted with health professionals involved in primary care to health in Juiz de Fora/MG. The study understands that the Social Workers include themselves in Health by acting on the social determinants that involves the health-illness process, and aims to achieve customers needs. However, the challenges presented by the neoliberal economy, causes the Social Workers is challenged to seek for viable and creative alternatives to strengthen the democratic character of public health care services.

**Keywords** – Social Work. Health care work. Primary health care.

---

---

\* Mestre em Serviço Social pela UFJF - MG. Doutoranda em Serviço Social - ESS/UFRJ. Atualmente é professora da UFF/Pólo Universitário de Rio das Ostras, Rios das Ostras – RJ, Brasil. *E-mail:* [castrotoledo@globocom.com](mailto:castrotoledo@globocom.com)

\*\* Doutor em História pela Universidade Estadual Paulista Campus Assis e pós-doutoranda em História pela Universidade Federal Fluminense. É professor adjunto IV da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG, Brasil. *E-mail:* [ledaoliveira@terra.com.br](mailto:ledaoliveira@terra.com.br)

*Submetido em: setembro/2010. Aprovado em: abril/2011.*

O presente artigo tem por objetivo apontar algumas problematizações contemporâneas para o exercício profissional do Serviço Social na área da saúde, a partir da pesquisa realizada em Juiz de Fora/ Minas Gerais com os assistentes sociais inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta se constituiu como produto da dissertação de mestrado: Trabalho em saúde: a inserção dos assistentes sociais na atenção primária à saúde em Juiz de Fora, defendida na Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora/FSS-UFJF, em 2009.

O estudo esteve inserido na pesquisa “A Integralidade na atenção primária no município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo tecno-assistencial na operacionalização do SUS”, realizada pelo grupo “Políticas Públicas, Gestão e Cidadania” da FSS/UFJF. A pesquisa contou com o financiamento da FAPEMIG, e foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.

O cenário do estudo compreendeu nove UBSs do município de Juiz de Fora e os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais lotados em UBSs que operam pelo modelo tradicional, com Programa de Saúde da Família (PSF), e UBSs que operam com PSF e possuem o Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família.<sup>1</sup>

Entende-se, que os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem possuem especificidades e diferenciam-se de instituição para instituição, razões que demandam dos profissionais apreender as suas particularidades, principalmente tendo como referência as relações estabelecidas no mundo do trabalho (NICOLAU, 2001), que “em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” (IAMAMOTO, 2001, p. 106).

A área da saúde, tradicionalmente, grande empregadora de assistentes sociais, mostra-se um campo fértil para o exercício profissional, apesar de se reconhecer as dificuldades apresentadas por um contexto neoliberal, de enxugamento das políticas públicas e de despolitização da sociedade. Aliado a esse direcionamento, compreende-se também que o trabalho em saúde é resultante da dinâmica da macroestrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador (SCHRAIBER; MACHADO, 1997). É visível que essas dimensões mais amplas, congregadas a própria diversidade no setor público (que é o maior empregador na área da saúde), como: infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva e subvalorização, repercutem diretamente na realização do trabalho em saúde (SANTOS FILHO, 2007). Essa colocação é relevante, e deve ser utilizada como referência de análise, para que os trabalhadores em momentos de desestabilização na realização do trabalho em saúde, não sejam culpabilizados por fracassos e desinteresses, como se aqueles fossem causados por uma impotência individual (PEREIRA, 2007).

A partir dessa compreensão, o presente artigo busca expor algumas problematizações contemporâneas para o trabalho do assistente social na saúde com o intuito de fomentar o debate na área.

### **Atenção primária à saúde no Brasil: Estado, saúde e trabalho**

A Atenção Primária a Saúde tem suas raízes no movimento de Medicina Preventiva (1940),<sup>11</sup> e no projeto de Medicina Comunitária (1960),<sup>12</sup> desenvolvidos por Inglaterra e Estados

Unidos, respectivamente. O fortalecimento da APS, ocorreu nos anos de 1970 quando foram traçadas as condições objetivas para sua expansão.

Na década de 1970, com a recessão mundial provocada pela crise estrutural do capitalismo, houve uma redução na arrecadação fiscal dos Estados o que dificultou o financiamento de seu desenvolvimento, e os governos passaram a conviver com uma contradição referente, tanto ao crescente déficit público que diminuía sua capacidade de financiamento, com repercussões na manutenção das políticas sociais, quanto à elevação dos custos dos serviços de saúde, que utilizavam uma nova base tecnológica pautada em maquinaria, fármacos e conhecimentos ainda mais especializados. Somou-se a este quadro a necessidade de o Estado dar respostas ao aumento da pobreza que, em períodos de crise, elevam a busca por saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

É neste contexto, que a Organização Mundial de Saúde, em 1978, convocou a Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão) com o tema central os Cuidados Primários em Saúde. Avaliou-se nessa Conferência que a promoção e a proteção da saúde são condições primordiais para o progresso econômico e que contribuem para a qualidade de vida e a paz mundial. Assim, os Cuidados Primários foram indicados como uma alternativa para as dificuldades do setor saúde e seu elevado custo.

Mendes (2002) ressalta que, na operacionalização pelos países das metas estabelecidas na Conferência, as diferenças econômicas, políticas e ideológicas conduziram à formação de interpretações e abordagens diferenciadas quanto ao significado e à inserção da APS nos sistemas de saúde. Deste modo, a APS foi concebida ora como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, onde são utilizadas tecnologias simples e de custo baixo; ora como o modo de organizar e colocar em funcionamento a porta de entrada do sistema, e ainda como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

No Brasil, de acordo com Merhy (1997), é com o projeto de Reforma Sanitária<sup>IV</sup> e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que, de modo efetivo, a APS surgiu como um caminho para a unificação da atenção à saúde a partir da ampliação da visão sobre a saúde e seus determinantes, buscando que esta fosse concebida como um direito do cidadão e dever do Estado.

O processo de descentralização posto pelo SUS, direcionou a gerência da APS para os municípios, tendo este a responsabilidade de gerir todos os serviços básicos de saúde, e ofertar as ações de vigilância e controle de doenças próprias desse nível de atenção<sup>V</sup>. Os municípios passaram a ter como atribuições a gerência e execução dos serviços públicos; execução de ações de vigilância à saúde; articulação com o estado na regionalização da rede; implantação das políticas definidas pelo governo federal; e a colaboração na efetivação das competências estadual e nacional.

A partir dos anos de 1990, com a solidificação do neoliberalismo no Brasil, a proposta de saúde construída na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária sofreu grandes ataques. No âmbito da saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e se voltaram para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público. Na verdade, os altos custos dos serviços de saúde eram proporcionados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos.

Porém, reconhecer este fato, implicava em reconhecer também que havia interesses de grandes e poderosos grupos econômicos em manter a indústria de alta tecnologia em

diagnose e terapêutica, que em grande medida servia ao desenvolvimento econômico e de acumulação de riqueza de vários países (FRANCO; MERHY, 2003).

Neste processo de solidificação do neoliberalismo em termos globais, o Banco Mundial, propôs como diretrizes para a saúde: sua inserção em âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; adequação da política ao ajuste fiscal; construção de um discurso social centrado no combate a pobreza.

Para os países periféricos como o Brasil, indicavam-se a eliminação gradual dos subsídios aos grupos mais abastados, ampliação da cobertura do seguro saúde, opção de seguros aos consumidores, financiamento pelos governos de pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais.

De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor, para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto-contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento à criança. As ações de média e alta complexidade ficam, portanto, a cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo consumidor. É a proposta de racionalizar custos do Estado, limitando acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde (LIMA, 1996 apud FRANCO; MERHY, 2003, p. 93-94).

De acordo com Bravo (1996), neste período, surgiram (e se mantêm) dois projetos em disputa no campo da saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado. O primeiro tem como base e estratégia o SUS, e acredita no Estado como responsável pelas políticas sociais, marcadamente democrático e justo. As suas fundamentações perpassam pela democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. A saúde é concebida assim, como um direito universal e dever do Estado.

O Projeto articulado ao mercado pauta-se na política de ajuste que está voltada para a contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização, com isenção de responsabilidade central. O Estado seria responsável por garantir um mínimo de serviços aos que não podem pagar e o setor privado responsável pelos que acessam o mercado. As propostas-base atentam para o atendimento das populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, privatização, seguro privado e descentralização dos serviços ao nível local, tendo como estratégia de ação a refilantropização.

É neste contexto de embate entre os dois projetos que o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como alternativa à organização da assistência à saúde, a partir do reconhecimento da necessidade de reorganizar os serviços fora do centro da atenção hospitalar e da necessidade de fortalecimento da atenção básica, além da pressão realizada por organismos internacionais (como o Banco Mundial) para o fortalecimento da APS (CUNHA, 2005). Os municípios passaram a ter como responsabilidade intransferível, a oferta dos serviços básicos de atenção através das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família (USF), onde se situam as Equipes de Saúde da Família.

Bravo e Menezes (2007, p. 25) avaliam que os anos 2000 se iniciam dando continuidade a política de saúde dos anos 1990. Esta afirmação é justificada pela “ênfase na

focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”. Os autores consideram que o PSF é expressão desta focalização, pois se tornou um programa para cobertura da população carente.

Observa-se respaldado em Teixeira e Solla (2005) que apesar dessas dificuldades, evidencia-se no Brasil o avanço da efetivação de uma política de saúde e a luta para a construção de um sistema de saúde público, o que representa uma necessidade de alteração das práticas de atenção à saúde, e em especial à APS.

Assim, existem alguns desafios a serem superados, dentre eles: a falta de qualificação de gestores para o exercício da gestão da APS, a instabilidade nas relações profissionais e de trabalho, a fragilidade dos mecanismos de participação popular; e os próprios currículos dos cursos de graduação que muitas vezes não possibilitam a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS (ANDRADE et al., 2006).

Neste artigo, em acordo com Mendes (2002), utilizar-se-á a concepção de atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, por entender que a APS possui uma forma característica de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos existentes no sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da população, com implicações na sua articulação com os outros serviços de saúde (MENDES, 2000 apud MENDES, 2002).

### **Trabalho em saúde e capitalismo contemporâneo**

No âmbito da saúde, o trabalho é definido como essencial para a vida dos homens, sendo parte do setor de serviços. Estando situado na esfera da produção não material, este tipo de trabalho se completa no mesmo momento de sua realização, e o seu produto é indissociável do processo de sua produção, pois é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, realizado por diferentes profissionais e seus saberes. Realiza-se por profissionais que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.; e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços, mas que suas atividades são fundamentais para a assistência, como: porteiros, cozinheiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos (PIRES, 1998).

Louzada e colaboradores (2007) sinalizam que, no trabalho em saúde, a cooperação é um elemento central na realização do trabalho e no processo de tomada de decisões, sendo a produção do cuidado formulada a partir da convergência entre diferentes experiências, porém amparadas em uma mesma referência ética. Assim, as ações não são de ordem somente executora e nem guiadas somente por escolhas individuais, já que sempre há envolvimento em normas antecedentes que foram construídas de forma coletiva ao longo da história.

Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla – social, psicológica, biológica e cultural –, e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso processo de especialização, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER et al., 1999).

Os sujeitos que compõem o trabalho em saúde (trabalhadores/gestores e usuários) travam relações de poder e estabelecem espaços de conflitos. No âmbito público, estão

expostos, tanto à burocracia profissional que é coordenada pela padronização de atividades, quanto à forma divisionalizada, uma vez que as ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde são minimamente interdependentes. Ficam expostos também ao próprio direcionamento político dos gestores. Em ambas as configurações, as relações de poder se manifestam principalmente na organização do processo produtivo (SANTANA, 2001).

Quando se fala em divisão do trabalho na saúde, a principal referência é a divisão do trabalho médico, uma vez que é a fundadora da técnica científica moderna na saúde, e o núcleo do qual os outros trabalhadores derivam. Campos (1997) observa que a organização parcelar do trabalho em saúde e a centralidade em determinada etapa do projeto terapêutico produzem a alienação e podem dificultar o reconhecimento do trabalho realizado. Isto é propiciado se o profissional não se sente sujeito ativo do processo de trabalho ao qual está inserido, perdendo contato com elementos que potencializam e estimulam sua criatividade e consequentemente, perderá a responsabilidade pelo objetivo final do seu processo interventivo.

O autor destaca que no trabalho em saúde, o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo, objeto e meios de trabalho está relacionado e varia de acordo com a conjuntura e atuação dos sujeitos sociais. Destaca ainda que este processo de alienação prejudica tanto os usuários dos serviços de saúde, quanto os próprios trabalhadores. Essa exposição demarca o entendimento de que o trabalho em saúde inserido na sociedade capitalista possui características específicas e universais, (como todo trabalho) que perpassam pelo seu duplo caráter: concreto e abstrato, que vão atribuindo feições a sua forma de expressar na sociedade (PEREIRA, 2007).

Importante considerar que o trabalho em saúde também sofreu e têm sofrido influências das mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho (processo produtivo flexível), vigentes nos setores mais dinâmicos da economia (PIRES, 1998; PEDUZZI, 2002). Em consequência, esse processo influencia assim na priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais, superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários (COSTA, 2000; PAULA, 2007a).

Desta forma, o trabalhador de saúde, inserido no modo de produção capitalista, lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, miséria, desemprego, violência, com a produção social da doença inserida nesse modo de produção. Além disso, tem sua formação, muitas vezes, em escolas que priorizam a técnica ou uso de tecnologias pesadas, preservando a visão mercadológica e a supremacia de uma profissão sobre a outra (FORTUNA et al., 2002).

A valorização da ciência e da tecnologia opera também uma transformação sobre o trabalho alterando produtos, processos ou gestão, exigindo novos perfis dos trabalhadores, requerendo nova conformação laboral ditada por tendências (muitas vezes contraditórias) relacionadas com a polivalência, ausência de especialização (ou superespecialização), capacidade de inovação, trabalho em equipe, qualificação e desenvolvimento de novas competências (PIERANTONI et al., 2004).

Pierantoni et al. (2004, p. 68) ressaltam que a velocidade como que esses novos perfis são demandados, associado às propostas inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver formas híbridas de organização do trabalho, persistindo “processos de trabalho com ausência efetiva de participação dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou

especializações que visam mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada", cobrança de maior produtividade, e também a introdução de contratos temporários, eventuais, com perda progressiva de proteção social.

Há, ainda, as particularidades de cada profissão, que possuem interpretações diferenciadas do processo saúde-doença e das demandas postas pelos usuários. Estas diferenças, muitas vezes, causam embates que fazem com que muitas profissões "se fechem" corporativamente, na busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que possuem.

As alterações expostas repercutem sensivelmente na prática cotidiana dos trabalhadores, requerendo dos profissionais a realização de intervenções e atividades articuladas (multiprofissionais), com direcionamento interdisciplinar; redimensionamento da autonomia profissional com vistas a recompor os trabalhos parcelares e a comunicação entre os profissionais (PEDUZZI, 2002).

Franco e Merhy (2003) ressaltam que os trabalhadores de saúde podem ser importantes e potentes dispositivos para a modificação dos serviços de assistência à saúde através do reconhecimento por aqueles que os serviços de saúde possuem uma natureza pública, da necessidade do desenvolvimento do trabalho a partir de valores humanitários e da solidariedade, e do reconhecimento dos direitos de cidadania.

Na atenção primária à saúde, de acordo com Trad (2006), os encontros entre usuários-trabalhadores são mais frequentes e contínuos, configurando-se fontes primordiais de acolhimento de demandas da população, ao criar vínculos estáveis e duradouros. O objetivo é obter respostas efetivas pautadas na atenção integral, que permitam ao usuário um maior grau de autonomia no modo de conduzir sua vida. Este encontro deve ser percebido sob a ótica das necessidades de saúde. Os trabalhadores da saúde devem estar preparados e sensíveis para decodificar e atender tais necessidades.

### **Serviço Social e saúde: apontamentos para o exercício profissional**

A inserção do assistente social no trabalho em saúde possui especificidades, pois se trata de um espaço sócio-ocupacional que tem uma centralidade no trabalho vivo e na produção de ações que visem o cuidado da população. Em se tratando da APS essas particularidades se ampliam, uma vez que este nível de atenção é reportado como a porta de entrada dos serviços de saúde e está em posição privilegiada no contato com os usuários e seu cotidiano de vida.

Conforme Iamamoto e Carvalho (1998, p. 75), existem questões que particularizam o exercício profissional do assistente social: a polarização entre os interesses expressos pelas classes fundamentais (capitalista e trabalhadora), e o fato de que o profissional em sua ação tem a tendência a ser cooptado pelos que possuem uma posição dominante; e a contradição inerente à constituição do Serviço Social que se refere a reprodução em sua ação (ao mesmo tempo e em uma mesma atividade) de interesses contrapostos, podendo responder "tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto".

Os autores reforçam que é a partir do entendimento de que o profissional participa tanto de mecanismos de exploração e dominação, quanto de respostas às necessidades de reprodução da força de trabalho e da própria reprodução de contradições históricas, que o assistente social pode elaborar estratégias profissionais e políticas para fortalecer os interesses do capital ou do trabalho. A profissão, assim, é permeada por relações de poder, possui um

caráter essencialmente político que se sobrepõe às intenções pessoais do assistente social, e é determinada pelos condicionantes histórico-sociais dos contextos nos quais os profissionais estão inseridos e atuam. E o trabalho realizado pelo assistente social possui produtos que perpassam pela interferência na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideopolítica dos sujeitos sociais.

No âmbito do Estado, ao realizar a prestação de serviços sociais, o assistente social pode participar do processo de redistribuição de mais-valia através do fundo público. O seu trabalho, nesse âmbito, se insere no campo da defesa de direitos de cidadania e na gestão da esfera pública, podendo contribuir para a partilha do poder e sua democratização, ou para o reforço das estruturas e relações de poder conservador existente (IAMAMOTO, 2001; 1999).

A partir dessa perspectiva, a pesquisa realizada com assistentes sociais da APS em Juiz de Fora/MG, buscou levantar problematizações contemporâneas que envolvem o assistente social enquanto trabalhador da área da saúde.

A primeira problematização a ser exposta se refere a gestão e organização da política de saúde. Franco (2006) considera que a rede básica no SUS é centrada em um número excessivo de normatizações, como pode ser visto no PSF que opera a partir de ações programáticas, e determina o atendimento em horários específicos para certo “grupo” de usuários, além de fichas e senhas, o que o autor aponta que aprisiona o trabalho vivo.

Outro entrave é a focalização dos programas destinados à APS em grupos específicos. Como suporte a esta afirmação, concorda-se com Ceccim e Ferla (2006) ao avaliarem que os sistemas municipais de saúde devem assegurar a ampliação e a qualificação da atenção básica através do acesso de todas as faixas etárias e segmentos sociais, e sinalizar para uma organização do serviço que esteja voltada para a inclusão do conjunto da população e não somente em grupos programáticos.

Este aprisionamento ocorre também através de formas de controle do trabalho, o qual impede que os profissionais possam exercer sua atividade de forma criativa, e planejada a partir da realidade local e das necessidades em saúde dos usuários (e não por meio de um formato prévio ou padronizado). Durante a pesquisa, foi percebido alguns elementos que influenciam o trabalho do assistente social: centralidade no cumprimento dos programas determinados pelo Ministério da Saúde, excesso de burocracia e controle dos recursos humanos através da assinatura do ponto, e da exigência do cumprimento da produção.

O dado referente a qualificação do gestor para a área da saúde, como também para a APS também é relevante nessa análise. Se o gestor é aquele que ocupa lugar na máquina estatal e tem “poder” para determinar os rumos da saúde (tanto financeira, como politicamente), e se a saúde e o saber saúde possuem necessidades e direcionamentos específicos, isto quer dizer que o gestor inserido na área, necessita ter um aporte teórico, ético e político que o oriente a exercer os princípios e diretrizes do SUS, amparado em conhecimentos da área de saúde pública e coletiva. Conforme destacado por Merhy (2003, p. 27) “se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídos as contratualidades entre trabalhadores e usuários, no dia-a-dia dos serviços, não operam intervenções transformadoras nos modelos de atenção”. Isto quer dizer, que uma gestão qualificada e de qualidade impacta de modo diferenciado na construção das Unidades e serviços de saúde.

A questão da seletividade das políticas colocada pelos sujeitos da pesquisa também chama atenção, pois o assistente social lida diretamente com a possibilidade de acesso dos usuários aos serviços sociais disponibilizados pelas políticas. Quanto mais estas se encontrarem seletivas e focalizadas (e esta é uma proposta do Estado neoliberal), maiores



dificuldades o profissional terá para que os usuários tenham acesso a estes serviços e que os resultados de suas ações sejam visualizados. A dificuldade de acesso às políticas faz também que os usuários vejam no assistente social a possibilidade de “conseguir alguma ajuda”, o que acaba tornando— os mendicantes institucionais, e isso contribui para a perda da perspectiva do espaço público como lócus de efetivação de direitos (CASTRO, 2008; SPOSATI, 2003).

Outros elementos expostos que refletem negativamente na organização e fluxo dos serviços da APS e do sistema de saúde como um todo, são: direcionamento das ações ainda centrado na doença, desqualificação dos gestores para o cargo que ocupam; falta de continuidade de uma gestão para outra; focalização das discussões em torno do repasse financeiro.

Neste contexto, destacam-se as dificuldades referentes de efetivação do conceito ampliado de saúde. Corroborando com o que Santos-Filho (2007) e Barros de Barros et al (2007) entende-se que para além da concepção de saúde prevista na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), a saúde não pode ser abordada somente do ponto de vista de sua conservação, mas deve ser pensada a partir da possibilidade de problematizar a vida e o trabalho cotidianos, criando e recriando novas formas de vida e trabalho, e lutando contra o estabelecimento de padrões e verdades definitivas.

Este fato reflete no cuidado que os profissionais devem ter para preservar os pressupostos do conceito ampliado de saúde e também da necessidade da ação assistencial ultrapassar a sua dimensão imediata e se fortalecer em ações contínuas, que visem à efetivação do conceito ampliado, como por exemplo, através de ações de educação em saúde. As ações em longo prazo possibilitam o fortalecimento de processos educativos e de capacitação da população para uma inserção cidadã nos serviços públicos, e contribuem para o controle social e a preservação e ampliação dos direitos.

A discussão sobre a concepção de saúde que orienta o trabalho dos assistentes sociais é central, pois de acordo com Gerhardt e colaboradores (2006, p. 147), dentro do SUS, ainda se mantêm em foco as ações nas dimensões biológicas, que desconsideram, por muitas vezes, a influência dos diversos fatores que se entrelaçam nas situações de desigualdade. A autora reforça que “num processo complexo das desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o da política, do social, ambiental e cultural”. Essa ponderação aponta para a compreensão de que promover saúde não significa somente realizar ações que tenham o intuito de evitar o surgimento e a transmissão de doenças, ou reduzir agravos à saúde, mas também deve estar vinculada à perspectiva de ampliação da saúde (BARROS DE BARROS et al., 2007).

A segunda problematização se relaciona com a fragmentação na análise da questão social<sup>VI</sup>. No cotidiano de trabalho do assistente social, o profissional deve realizar junto aos usuários a análise dos aspectos e determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença, atendendo às demandas da população de satisfação de necessidades globais de vida, como alimentação, habitação, educação e participação social, articuladas com a política de saúde.

Os usuários dos serviços fornecidos pelo Serviço Social na APS sofrem diretamente as manifestações da questão social, isto é, das desigualdades geradas pela sociedade de classes. Essas desigualdades proporcionam falta de emprego e renda, subemprego, falta de moradia, analfabetismo e fome, entre outras mazelas sociais.

Iamamoto (2001) considera que, na atualidade, a questão social tem sido objeto de uma intervenção imediata por parte do Estado, pautada numa assistência focalizada e repressiva, que possibilita o risco de cair em uma análise que pulveriza e fragmenta as

questões sociais, e atribui aos indivíduos e famílias a responsabilidade pelas diversidades postas às suas vidas, o que conseqüentemente, contribui para a perda da dimensão coletiva da questão social e, retira da sociedade de classes a responsabilidade na produção das desigualdades sociais.

Dessa forma, sinaliza-se com a possibilidade deste contexto de fragmentação e focalização muitas vezes contribuir para que os profissionais desconectem o seu trabalho do seu alvo principal, qual seja, atuar sobre as manifestações da questão social que envolvem o processo saúde-doença, com vistas à garantia de direitos e à proteção social dos usuários. Este contexto expressa a necessidade dos assistentes sociais afirmarem seu trabalho a partir da perspectiva do direito e da socialização de informações.

Por isso, é importante demarcar que o trabalho na perspectiva do direito é um diferencial posto à profissão. Conforme Vasconcelos (2000), a existência de um direito social não determina que se tenha o acesso a ele como tal, e dependendo da forma como é usufruído, pode ser transformado em um objeto de favor, doação, troca e controle. Por isso a garantia do acesso a um recurso pelo usuário cidadão de forma crítica e consciente, é elemento fundamental para a transformação do direito formal em direito real. Apesar do entendimento do usuário como portador de direitos que lhe são garantidos constitucionalmente, vê-se, ao mesmo tempo, que há um desconhecimento desses direitos por parte dos próprios usuários. Este fato, como exposto por Vasconcelos (2000), dificulta, ao assistente social, o desenvolvimento de seu trabalho articulado com as necessidades e interesses dos usuários.

Esse “desconhecimento” se deve ao enfrentamento dos direitos de forma fragmentada e individualizada por parte do Estado e sua política neoliberal, que excluem a maioria do acesso aos benefícios e rompem com as garantias constitucionais e legais, o que leva a uma discussão individual em detrimento de uma discussão coletiva. Esse processo não contribui para a formação de sujeitos históricos com condições de intervir nos rumos da sociedade de forma que seus interesses e necessidades sejam atendidos e respondidos (CASTRO, 2007). Desse modo, torna-se primordial que os assistentes sociais primem pelo acesso dos usuários aos serviços que lhe são de direito.

Um importante elemento destacado na pesquisa que está atrelado a complexificação das manifestações da questão social, se refere ao aumento do número de orientações referentes à saúde mental realizadas pelos assistentes sociais. Esta identificação pode ser respaldada em Luz (2004) que considera que a crise sanitária contemporânea é desencadeada pelos processos econômicos, políticos, sociais e culturais do capitalismo globalizado, que fragilizou a sociedade e fez com que aumentasse a busca por atenção médica e cuidado terapêutico na última década.

O terceiro apontamento trata da organização e efetivação do trabalho do assistente social. Em relação a organização do trabalho foi percebido na pesquisa uma dificuldade dos profissionais realizarem o planejamento da ação profissional, o que reflete na dificuldade de visualização dos resultados gerados pelo trabalho.

O planejamento do trabalho se faz necessário para direcionar as atividades e as demandas, pois com o planejamento consegue-se visualizar o trabalho, tendo a possibilidade de articular, discutir, buscar recursos e parcerias. Contribui também para a publicização do trabalho, com vistas a deixar as ações mais transparentes para os usuários e outros profissionais. A reflexão proposta por Vasconcelos (2002) subsidia essa discussão. A autora aponta que a definição dos projetos profissionais e das possibilidades de atenção às demandas deve ser atribuída ao profissional de Serviço Social. Este deve criar os serviços a serem

oferecidos tendo por base o movimento institucional e a demanda dos usuários. O trabalho não deve ser centralizado no atendimento de demandas espontâneas, mas ao máximo em estratégias coletivas. Porém foi visto, que muitas vezes o profissional se esquia da realização de trabalhos coletivos pela dificuldade de mobilização e articulação política intrínseca a essa proposta, reduzindo sua ação ao atendimento de demandas individuais.

A dificuldade de visualização dos resultados do trabalho, por sua vez, remete a duas questões centrais. A primeira a ser problematizada se refere à hipótese de que a dificuldade de visualização dos resultados do trabalho está diretamente atrelada a percepção fragmentada do objeto do trabalho profissional pelos assistentes sociais, ao obscurecimento do processo de reflexão sobre a conjuntura contemporânea e seus rebatimentos no exercício profissional, e a organização parcelar do trabalho em saúde.

O entrave na compreensão sobre as especificidades do processo de trabalho em que o assistente social se insere, tem como produto a dificuldade de visualização dos resultados do trabalho e a solidificação de um processo de alienação. Referenciando-se ao hiato que, muitas vezes, se opera entre o profissional e o fim último de seu trabalho, Campos (1997) pondera que se o profissional não se considera parte do processo de trabalho ao qual está inserido, se afastando de elementos que potencializam e instigam sua criatividade, ele, conseqüentemente, se distanciará do objetivo e do resultado final de seu trabalho.

A segunda questão está relacionada à necessidade do estabelecimento de mecanismos de avaliação, pois de acordo com Vasconcelos (2002) a definição dos objetivos e do fazer profissional não é suficiente para uma ação qualificada e reflete diretamente sobre os resultados da ação. É o processo de avaliação do trabalho que permite ao profissional identificar se suas ações estão sendo coerentes com as necessidades dos usuários e se estão alcançando os produtos esperados, o que poderá incidir também em um planejamento diferenciado para o trabalho. Este destaque é relevante, pois o profissional deve permanentemente refletir sobre sua ação e avaliar os objetivos, metas e resultados, tendo como norte as colocações de Yamamoto (2001) de que o Serviço Social atua no processo de reprodução da classe trabalhadora e nos processos sócio-políticos com a perspectiva do direito e da socialização de informações.

Para a efetivação de um trabalho qualificado, um dos mecanismos mais importantes é a capacitação continuada. Dessa forma, ressalta-se que na pesquisa a principal forma de atualização apontada são as capacitações realizadas pela Prefeitura. É certo que este seja um espaço respeitável de troca entre os profissionais, mas ressalta-se que este espaço deve ser extravasado, conforme afirma Santos-Filho (2007). Este autor aponta a relevância da educação permanente no trabalho em saúde, no sentido de que deve haver um estímulo à construção de espaços de aprendizagem contínua, que envolva temas técnico-específicos, aquisição de habilidades de trabalho em equipe e desenvolvimento de competências coletivas, planejamento e gestão, incentivo e projetos de pesquisa e trabalhos específicos.

Considera-se ainda que os assistentes sociais, precisam ter clareza de que não podem ter uma atuação afastada de um aporte teórico, para que seu trabalho não esteja fadado ao cumprimento de normas, rotinas e prescrições ministeriais, recaindo, conseqüentemente, na burocratização. O aporte teórico é importante, pois possibilita que o profissional reflita sobre a realidade em que atua e respalda as escolhas realizadas no cotidiano de trabalho.

Importante ressaltar também as atualizações de estudos referentes ao Serviço Social e à Saúde Coletiva. Essa questão merece ser analisada porque, como observa Bravo e Matos (2006), na saúde a crítica ao projeto hegemônico profissional passa, entre outros fatores, por uma suposta necessidade de construção de um saber específico na área, que aos olhos dos

autores, contribui para uma negação do traço original do Serviço Social (e, acrescente-se, das próprias especificidades da profissão), ou ainda recai para um trato de estudos específicos da área médica.

Esses autores sinalizam que o problema não reside no fato dos assistentes sociais buscarem estudos na área da saúde, mas no fato de que, ao adquirir conhecimentos específicos, os profissionais passam a exercer outras atividades, não se identificando como assistente social, e assim, em retrocesso, “o profissional recupera [...] uma concepção de que fazer o Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 212).

Um profissional qualificado deve ter conhecimentos sobre a política de saúde, como também deve acompanhar o debate profissional, para articular os dois campos e correlacioná-los à questão social, os movimentos sociais e as classes em questão, para que haja uma articulação real entre demandas e respostas profissionais.

A quinta problematização abrange o trabalho em equipe. Em referência à organização do trabalho em equipe, observou-se uma dificuldade de realização de reuniões de equipe e de realização de planejamento coletivo do trabalho.

De acordo com Santos-Filho (2007), os espaços de encontros e reuniões entre as equipes devem ser valorizados e potencializados no interior dos processos de trabalho, visto que possibilitam trocas entre diferentes profissionais e em diferentes sentidos, e permitem ultrapassar as prescrições e as agendas inflexíveis, e instituir práticas flexíveis e atraentes para os sujeitos que participam do processo de trabalho em saúde – gestores, trabalhadores e usuários.

As equipes/serviços devem pautar e negociar outros momentos/reuniões que considerem pertinentes e necessários para direcionamento de seu trabalho,

na perspectiva de informação para planejamento e organização dos serviços, e incentivada enquanto processo pedagógico que lhes possibilite crescer em sua capacidade de análise e intervenção, isto é, crescer pessoal e profissionalmente em seu potencial analítico, crítico (SANTOS FILHO, 2007, p. 264).

Campos (1997, p. 246) considera que a crescente especialização dos profissionais de saúde vem provocando a diminuição da capacidade de resolução dos problemas e aumentando o processo de alienação em relação ao resultado de suas práticas, “uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção – seja ela de ordem diagnóstica ou terapêutica – ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado, pelo resultado global do tratamento”.

Em relação ao planejamento do trabalho, assinala-se que os espaços coletivos são de grande valor, pois possibilitam ao trabalho ultrapassar do campo individual para o coletivo, a partir do desencadeamento de um processo de reflexão compartilhado sobre o cotidiano de trabalho e da coletivização da tomada de decisões em um ambiente em que existem diferentes projetos em disputa.

Gomes e colaboradores (2007) observam que, em grande parte das unidades de saúde, apesar da busca pela modificação do modelo assistencial e pela inserção de outros profissionais, o que se verifica é uma justaposição de diferentes profissionais, a vivência de uma hierarquia sedimentada e um olhar sobre o usuário pautado no modelo biomédico, o que conseqüentemente gera uma dificuldade para práticas pautadas na integralidade.

Na pesquisa, foi possível reconhecer dois conflitos importantes referentes ao trabalho em equipe. O primeiro se refere às dificuldades de compreensão do papel do Serviço Social. Expõem-se a dificuldade que a não existência de determinações específicas para o trabalho do assistente social podem gerar no interior da equipe de trabalho. Analisa-se que o fato de os assistentes sociais não comporem a equipe mínima do PSF, e assim, não terem atribuições normatizadas faz com que muitas vezes os profissionais não consigam visualizar o espaço de trabalho do Serviço Social.

Segundo Teixeira (2002), alguns profissionais de outras especialidades têm dificuldade de perceber uma ação mais crítica e reflexiva do Serviço Social por ainda possuir na sociedade uma visão da profissão centrada na ajuda e no assistencialismo. Por isso, o assistente social deve problematizar com a equipe essas questões, permitindo uma troca de saberes e experiências.

Este fato está intrinsecamente relacionado com a não compreensão do trabalho que o assistente social desenvolve. Bonaldi e colaboradores (2007, p. 58) consideram que a divisão entre as diferentes categorias profissionais e a forte hierarquização ainda presentes nas equipes de saúde impossibilitam a articulação entre os profissionais, e transformam o processo de produção do cuidado em saúde em um “espaço de desavenças, lutas corporativas e de desqualificação do outro”. Por muitas vezes, esse processo e a marca da corporação geram a negação dos outros profissionais como parceiros, tornam invisíveis suas atividades, e reduzem a equipe a especialistas de uma determinada categoria profissional.

Vasconcelos (2000) considera que na sociedade capitalista, “o social” é considerado subalterno. Por isso, os assistentes sociais devem questionar e enfrentar essa subalternidade, para que não a legitimem. A autora destaca que, quando a participação social, a democratização e a socialização de informação, a educação social, em saúde e política, o controle social, são encarados como subalternos pelos profissionais do Serviço Social, há uma contribuição direta para a perpetuação da subalternidade do social, e conseqüentemente, reflete numa subalternidade do próprio Serviço Social. Mioto e Nogueira (2006) apontam ainda outra problemática que é o alargamento das ações de outras profissões em direção ao social na área da saúde. Isto requer então, a necessidade do Serviço Social primar por suas especificidades.

O segundo conflito trata das dificuldades do próprio trabalho em equipe. Campos (1997) ressalta um ponto importante no que se refere ao trabalho das equipes de saúde, qual seja, a falta de entrosamento entre as linhas de trabalho e as categorias profissionais que elaboram seus próprios regulamentos, objetivos e normas, que ocasionam, conseqüentemente, uma burocratização do trabalho. O autor aponta que este fato faz com que cada profissional se sinta responsável por apenas aquilo que está ligado a sua área ou especialidade, e contribui para a elaboração de protocolos e programas que normatizam condutas.

É inegável a importância do assistente social na área da saúde, a partir do momento que o profissional possui como orientação da política de saúde, o conceito ampliado que considera a saúde determinada por múltiplos fatores que estão vinculados à condição de vida da população e, conseqüentemente, que os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença.

Na pesquisa identificou-se que os profissionais têm dificuldades de enxergar a importância do trabalho do assistente social devido ao fato das ações profissionais não terem respostas imediatas, isto é, necessitam de tempo para que tenham um resultado efetivo, uma vez que as ações dizem respeito à efetivação de direito e à possibilidade de inserção dos

usuários nas políticas e programas sociais, e da efetivação de uma cultura política e da cidadania.

Corrobora-se com o argumento de Teixeira (2002), sobre a necessidade de se ter o assistente social na equipe básica do PSF (e acrescento, na APS como um todo) a partir do entendimento de que o profissional tem sua formação voltada para o aspecto macro-societário para analisar as singularidades das relações, aliadas à compreensão do direito de cidadania a ser conquistado.

## Considerações finais

Neste artigo, procurou-se partir do entendimento – conforme posto por Iamamoto (2006) –, de que estamos vivendo um período de regressão e destituição de direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores, através do predomínio do mercado e do capital. Através da mistificação própria do capital, a fonte geradora de riqueza – o trabalho – é cada vez mais obscurecido; e o ideário neoliberal difunde a ideia de que o bem-estar social é obrigação dos indivíduos, famílias e comunidades.

Isto pode refletir, em termos de Serviço Social, na perda do foco da dimensão coletiva das desigualdades sociais e da raiz do problema: a sociedade de classes; como também trazer dificuldades de compreensão às condições postas ao assistente social por ser um de trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2006).

Destaca-se que devemos considerar também que o Serviço Social, se encontra inserido no processo de reprodução da força de trabalho, pois de acordo com Franco e Merhy (2003, p. 67 apud DONNANGELO, 1976), as práticas de saúde obedecem a uma lógica determinada pelos interesses do capital voltada para a reprodução da força de trabalho, uma vez que o corpo do trabalhador é insumo para produção de mercadorias e serviços.

Cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo [...]. A força de trabalho expressa através do corpo sadio é recurso fundamental à produção e à acumulação de capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica (DONNANGELO, 1976, p. 25-26 apud FRANCO; MERHY, 2003, p. 67-68).

Na pesquisa, foi constatado que o trabalho do assistente social na APS contribui para a reprodução do sistema capitalista, ao possibilitar condições para a reprodução da classe trabalhadora. Apesar desse fato, não se pode deixar de considerar as potencialidades que o trabalho do assistente social possui, ao direcionar sua ação para o favorecimento dos usuários na utilização de serviços de saúde como um direito social, e para interferência de forma qualificada nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Para efetivar tais potencialidades, torna-se imperativo que os profissionais de Serviço Social demarquem em suas ações o compromisso com a classe trabalhadora, busquem permanentemente uma qualificação teórica e técnica, que lhe dê suporte para uma análise crítica da realidade e das demandas postas pelos usuários. Principalmente porque vive-se uma conjuntura nacional de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e

educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988.

Para desenvolver ações qualificadas, o assistente social necessita ter clareza da importância do seu trabalho na sociedade, como também dos reflexos deste sob os usuários de seus serviços, na medida em que são estes os receptores de suas ações, e os sujeitos na interseção com o assistente social na realização do trabalho em saúde.

A relevância dessa exposição é devido a consideração de que o trabalhador deve compreender seu trabalho como um momento de transformação humana, intelectual e cultural, essencial para a vida em sociedade. O que ocorre é que na sociedade capitalista, por ser compulsório e cansativo, o trabalho acaba sendo tomado como algo externo à vida humana.

As dificuldades apresentadas pelos assistentes sociais, só poderão ser superadas se os profissionais se mobilizarem conjuntamente para a divulgação da importância de suas ações, e se tiverem sempre como norte a realização de um exercício profissional qualificado e competente que dê respostas condizentes com as demandas socialmente determinadas.

Portanto, é importante que os assistentes sociais inseridos na APS (e em qualquer espaço sócio-ocupacional) possam construir um projeto unificado para suporte ao exercício profissional, que demarque os campos de atuação, espaços e projetos de intervenção e as possibilidades de ação.

Deslandes (2007) aponta como estratégias de enfrentamento dessas situações postas, entre outras, o estabelecimento de fóruns de debate e a formação continuada do trabalhador de saúde, a partir da discussão da centralidade nas necessidades e realidade dos usuários; outra estratégia seria o fortalecimento do coletivo dos trabalhadores a partir de compromissos centrados no respeito ao outro, na valorização da vida, e de lutas por condições adequadas de trabalho.

Finalizando recuperam-se as considerações de Netto (2003) que expressa que apesar de um contexto adverso, principalmente propiciado pelo projeto neoliberal, almeja-se um SUS operativo e de qualidade para a população. Porém, é preciso ter clareza de que o horizonte dessa conquista não irá resolver os problemas que envolvem as condições de vida e trabalho da população, o que não quer dizer que esse fato, deva inibir nossa luta por uma assistência de qualidade e pelo acesso universal aos serviços.

## Referências

- ANDRADE, L. O.; BUENO, I. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.783-836.
- BARROS DE BARROS, M. E.; MORI, M. E.; BASTOS, S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo "Programa de formação em saúde e trabalho/PFST". In: SANTOS FILHO, S.; BARROS DE BARROS, M. E. (Org.). *Trabalhador de saúde – Muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 100-121.
- BRAVO, M. I. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 25-47.
- BRAVO, M. I.; MENEZES, J. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, M. I et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Faculdade de Serviço Social, UERJ, 2007. p.13-20.
- BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS DE BARROS, M. E.; MATTOS, R. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 51-72.

- CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.
- CASTRO, M. Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. *Libertas*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 107-127, dez. 2007.
- \_\_\_\_\_. Políticas sociais e Famílias. *Libertas*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, p. 110-127, dez. 2008.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão da rede de práticas cuidadoras por uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 165-184.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-71, 2000.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 385-395.
- FORTUNA, C. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set./dez. 2002.
- FRANCO, T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.
- FAUSTO, M. C.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MORSINI, M. V.; CORBO, A. (Org.). *Modelos de atenção e saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43- 67.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.
- GERHARDT, T.; RIQUINHO, D.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2008. p. 143-175.
- GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p.105-116.
- IAMAMOTO, I. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. et al. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 161-166.
- \_\_\_\_\_. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 12. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1998.
- LOUZADA, A. P.; BONALDI, C.; BARROS DE BARROS, M. E. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS DE BARROS, M. E.; MATTOS, R. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 37-52.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004. p. 09-20.
- MENDES, E. V. *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.
- \_\_\_\_\_. Um dos maiores desafios dos gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-35.
- NETTO, J. P. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. NOGUEIRA, F.; RIZZOTTO, M. L (Org.). *Estado e políticas sociais: Brasil-Paraná*. UNIOESTE, 2003. p. 12-28.
- NICOLAU, M. C. O aprender do fazer (as representações sociais de assistentes sociais sobre o seu saber-fazer profissional): a dimensão educativa do trabalho. *Temporalis*, Brasília, ABEPSS, Graflina, ano 2, n. 4, p. 43-74, 2001.



- PAULA, A. P. P. *Por uma nova gestão pública – limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007a.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.
- PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 145-164.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília, Ministério da Saúde/OPAS, 2004, v. 2, p. 51-70.
- PIRES, D. *A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social; CUT: Annablume, 1998.
- SANTANA, J. P. Política municipal de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 219-234.
- SANTOS, C. M. As dimensões da prática profissional do Serviço Social. *Libertas*, UFJF, Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, Editora UFJF, v. 2, jul./dez. 2003.
- SANTOS FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS FILHO, S.; BARROS DE BARROS, M. E. (Org.). *Trabalhador de saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 124-171.
- SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.
- SCHRAIBER, L. B.; MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 281-297.
- SPOSATI, A. O. et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 451-479.
- TEIXEIRA, M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 235-254.
- TRAD, L. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 185-203.
- VASCONCELOS, A. M. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.
- \_\_\_\_\_. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 2000, p. 125-137.
- VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-167.

<sup>I</sup> A coleta de dados foi autorizada através do Consentimento Livre e Esclarecido, que afirmou os direitos dos entrevistados, resguardando o anonimato.

<sup>II</sup> A medicina preventiva surgia com a proposta de formar uma assistência médica específica na fase inicial de atenção à saúde da população, que deveria ser realizada próxima ao ambiente sociocultural dos indivíduos e suas famílias. Estes seriam considerados em suas relações sociais e culturais, ou seja, em sua realidade. Respalda-se, desse modo, uma intervenção voltada para a prevenção e controle do adoecimento (VIANA; FAUSTO, 2005).

<sup>III</sup> A Medicina Comunitária tinha como propostas: valorização de ações coletivas de promoção e proteção à saúde voltada para a comunidade; resgate das características coletivas das práticas médicas; desconcentração de recursos; utilização de tecnologias adequadas; inclusão de práticas médicas alternativas; formação de equipes de saúde; e participação da comunidade (FAUSTO; MATTÁ, 2007).

---

<sup>IV</sup> O Projeto de Reforma Sanitária tem como propostas: universalização do acesso; saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através de um sistema unificado de saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 1996).

<sup>V</sup> As doenças que devem ter ações prioritárias nesse nível de atenção à saúde são: Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Deve-se visar também a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso, da criança, da mulher e a saúde bucal.

<sup>VI</sup> A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, as quais são intermediadas pelo Estado, expressando disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais. A sua emergência é indissociável da emergência do trabalho livre, e faz parte também do processo de conscientização e luta dos trabalhadores por seus direitos sociais e políticos (IAMAMOTO, 2001).