

Modelo de atenção e exercício profissional do assistente social na atenção básica

Marisa Camargo¹

Resumo: Neste artigo reflete-se sobre o modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social, na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). É composto por resultados encontrados na pesquisa de Mestrado em Serviço Social, com abordagem qualitativa, caráter exploratório e explicativo, referenciada na teoria social crítica, método materialista histórico dialético de inspiração marxiana e suas categorias. Os sujeitos da pesquisa foram assistentes sociais que integraram unidades da Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde (CGRABS), órgão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2007. As informações coletadas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo com recorte temático, considerando os elementos síntese da categoria temática ou explicativa da realidade “modelo de atenção”. Os resultados encontrados foram interpretados pela mediação do referencial teórico-epistemológico, da produção teórica do Serviço Social e do campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: modelo de atenção; atenção básica em saúde; exercício profissional; serviço social; saúde coletiva.

¹ Assistente Social. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Apoio técnico em pesquisa 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). Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul (FISUL/Garibaldi/RS).

E-mail: marisacamargo@hotmail.com.br.

Introdução

Na contemporaneidade, a política de saúde brasileira tem retomado e/ou atualizado práticas biologicistas, curativas, de caráter individual, com ênfase na medicalização e focalização na doença, comprometendo a possibilidade de seu avanço como política pública, de caráter universal, integral e intersetorial. De maneira histórica, contraditória e complementar, dois modelos predominam como formas de atenção em saúde no Brasil: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo de Reforma Sanitária. Ambos os modelos, também são conhecidos pela denominação de medicina científica/flexneriana e campo da saúde coletiva, respectivamente.

Os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde constituem “[...] combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas” (PAIM, 2003, p. 568). Nessa perspectiva, podem voltar-se à demanda espontânea (modelo médico hegemônico) ou para as necessidades de saúde (campanhas e programas especiais de saúde pública).

Uma das demandas contemporâneas impostas às diversas categorias profissionais de saúde de nível superior é a de reafirmar um projeto político e profissional contra-hegemônico, baseado na busca pela garantia da saúde na condição de política pública, de direito social, a partir de uma concepção ampliada, com vistas à integralidade e à intersetorialidade. À categoria profissional dos assistentes sociais, historicamente comprometida com a luta coletiva pela efetivação do direito social à saúde, impõe-se a necessidade de reafirmação do seu projeto ético-político profissional e do modelo de atenção de Reforma Sanitária, nos diversos espaços institucionais de operacionalização da política pública de saúde.

Para subsidiar a profissão com informações da realidade concreta, acerca dos pressupostos que fundamentam o exercício

profissional dos assistentes sociais na política de saúde, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter exploratório e explicativo, referenciada na teoria social crítica, método materialista histórico dialético de inspiração marxiana e suas categorias, que embasou a dissertação de Mestrado em Serviço Social. A pesquisa contribuiu para desvendar o modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), cuja interpretação dos resultados encontrados constitui o foco do presente artigo.

Cabe ressaltar que, nesse contexto, a atenção básica compreende um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006b). Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006, a atenção básica tem a estratégia Saúde da Família como prioritária para a sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em território nacional.

1. Modelo de atenção em saúde: concepções e características

Os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde, constituem a lógica que orienta a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde. Informam racionalidades (tecnologias) que dizem respeito à forma (técnicas) com que as intervenções dos diversos saberes são efetivadas no âmbito multidisciplinar e interdisciplinar da saúde. Sua finalidade é a de resolver problemas e atender necessidades de saúde, seja em nível individual ou coletivo, traduzindo:

[...] Uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou

processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma ‘lógica’ que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde (PAIM, 2003, p. 568).

No que tange às particularidades da conformação da política de saúde brasileira, pode-se destacar dois modelos de atenção que, de maneira contraditória e/ou complementar têm historicamente predominado como formas inspiradoras da organização da atenção em saúde: a) o modelo médico-assistencial privatista e, b) o modelo de Reforma Sanitária.

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

Bravo; Matos (2001, p. 200), referem que o modelo médico-assistencial 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.” Constitui uma forma de conceber saúde centrada na demanda espontânea, representada pela medicina liberal, cooperativas

médicas, medicina de grupo e o seguro-saúde doença, intervenções facilmente identificadas no âmbito privado. Entretanto, também se faz presente nos serviços públicos, por meio de hospitais, centros de saúde e laboratórios, quando estes não estão organizados para atender às necessidades sociais a partir do pressuposto da territorialidade (PAIM, 2003).

O modelo de atenção em saúde de Reforma Sanitária pauta-se na concepção de um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais. 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, 2000; BRAVO; MATOS, 2006b, p. 36). Concebe a saúde como um direito social, que deve ser orientado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta pelas Leis n. 8080 e Lei n. 8142, e cuja garantia está sob a responsabilidade do Estado.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivação da saúde foi vinculada ao alcance a um conjunto de fatores determinantes e condicionantes. Sob esta perspectiva, à efetivação da saúde precede o acesso a um conjunto de ações intersetoriais, bens e serviços, traduzidos em direitos sociais. Estes elementos caracterizam demandas explicitadas pelo próprio movimento de Reforma Sanitária e acolhidas por meio de institucionalização jurídica na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 (BRASIL 1990a; BRASIL, 1990b):

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, art. 3º).

Essa forma de definir saúde ultrapassa a noção minimalista de acesso a serviços e tratamentos médicos ou à medicalização², introduzindo na sua concepção as necessidades de saúde e dando indícios do necessário reconhecimento dos rebatimentos das transformações societárias nesse campo. Cecílio (2001) sugere a compreensão dos fatores condicionantes da saúde como necessidades de saúde, classificando-as em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida; 2) acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; 3) criação de vínculos efetivos entre usuários e profissional/equipe de saúde e 4) graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, questão por ele caracterizada como aspecto que ultrapassa a informação e a educação.

De maneira semelhante, tem-se o embate sobre a existência de duas formas de organização do sistema de saúde, caracterizadas como: a) medicina científica/flexneriana³ e, b) o campo da saúde coletiva. A medicina científica/flexneriana “[...] propõe a organização, a produção e a distribuição de serviços de saúde sob o critério central da lógica do mercado” (BRASIL,

² O termo é discutido por Bravo (2000) e refere-se à ênfase na prática clínica por meio de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública.

³ Denominação em homenagem a Abraham Flexner, responsável pela elaboração do “*Flexner Report*” (1910). Apregou a necessidade de serem produzidos medicamentos através de uma linha de fabricação industrial em detrimento da existente manipulação individual, investindo financeiramente na instalação de um programa de educação médica que denominou científica, transformando o panorama do ensino e da prática de saúde vigentes. A formação geral da medicina passou a empregar a especialização, baseando-se em diagnóstico tecnológico e mecanicista e o tratamento passou a focalizar a supressão da doença. O Relatório Flexner tornou-se padrão de ensino para as escolas médicas norte-americanas e atualmente, a medicina flexneriana é ampla no contexto latino-americano (FREIRE, 2005).

2003, p. 116). Por sua vez, o campo da saúde coletiva “[...] busca respostas às necessidades de saúde da população, [...] enquanto direito de cidadania” (BRASIL, 2003, p. 116).

A partir dos elementos apresentados, é possível evidenciar a reatualização da desigualdade de acesso aos serviços de saúde entre os segmentos sociais, assim como os modelos de atenção em disputa no âmbito da política de saúde. Ao mesmo tempo em que a saúde se orienta por normas de institucionalização jurídica e princípios humanistas – com destaque para a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular –, características que lhe conferem o cariz de direito social, é paradoxalmente atravessada pelos vieses de práticas historicamente conservadoras.

Formas tradicionais de planejar e executar ações em saúde se metamorfoseiam e se modernizam. Atreladas às práticas neoconservadoras no âmbito da política, essas condições garantem a perpetuação da “velha” lógica de restrição do acesso à saúde a grupos privilegiados, em termos capitalistas. Desta forma, a saúde é elevada à condição de mercadoria⁴ e os seus usuários ao padrão de cidadãos consumidores, submetidos aos ditames do mercado privado.

Parafraseando Mota (2006, p. 05), “[...] a saúde constitui-se em uma mercadoria a ser comprada no mercado [...]”, e concebida desta maneira, constitui valor de troca intercambiável no âmbito privado. A liberdade individual neoliberal traduz-se em liberdade para acessar pela via mercadológica os direitos sociais não garantidos pelas medidas de proteção social público-estatais, ao passo que a destinação de recursos para esse campo, não tem conseguido se fazer prioritária no orçamento público.

⁴ Lança-se mão da crítica a essa forma mercadorizada de conceber saúde, entendendo-se que sob essa perspectiva a saúde se orienta pela lógica da comercialização de mercadorias, característica do modo de produção capitalista. A utilização do termo mercadoria diz respeito à concepção utilizada no âmbito do setor econômico, e compreende todo bem produzido para ser vendido em um mercado e que seja suscetível de ser reproduzido, em grande quantidade (SALAMA; VALIER, 1975).

É preciso retomar a saúde pela lógica da Reforma Sanitária, a partir da luta coletiva e do fortalecimento da resistência social em prol da consolidação de políticas públicas, capazes de garantir a efetivação dos direitos sociais reconhecidos constitucionalmente. Desvendar o modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social na atenção básica, constitui importante estratégia para identificar as possibilidades de mediação dos princípios do projeto ético-político profissional àqueles do Sistema Único de Saúde (SUS), e garantir o acesso às ações intersetoriais, bens e serviços necessários à efetivação da saúde enquanto direito social, de responsabilidade do Estado.

2. Modelo de atenção em saúde e exercício profissional do assistente social: breve caracterização da pesquisa e procedimentos metodológicos

Para subsidiar o debate acerca do modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social, recorreu-se às informações que reconstituem o movimento da realidade na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Dita realidade foi retratada por assistentes sociais que integraram equipes multiprofissionais de unidades da atenção básica, classificadas como centro de saúde/unidade básica de saúde:

[...] Unidade para a realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior [...] (BRASIL, 2008).

O universo da pesquisa foi composto por doze (12) assistentes sociais que integraram unidades sob a responsabilidade da Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde (CGRABS), órgão da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS) (PROCESSAMENTO, 2008), no ano de 2007. A pesquisa⁵ de abordagem qualitativa, caráter exploratório e explicativo, referenciada na teoria social crítica, método materialista histórico dialético de inspiração marxiana e suas categorias, que embasou a dissertação de Mestrado em Serviço Social (CAMARGO, 2009)⁶, teve como sujeitos de pesquisa, oito (08)⁷ assistentes sociais⁸ que efetivamente participaram do processo de coleta de informações, submetendo-se à técnica da entrevista semi-estruturada, com utilização de formulário, composto por questões abertas e fechadas.

A aproximação com o campo empírico partiu do desvendamento do modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista compreender os pressupostos que o orientam. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (1977), identificando-se os núcleos temáticos e a frequência dos temas nas comunicações dos assistentes sociais, a partir da síntese da categoria temática ou explicativa da realidade “modelo de atenção em saúde”, apresentada na Figura 1:

⁵ A pesquisa contou com bolsa integral do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o protocolo de registro CEP 07/04044 de 2008.

⁶ Agradecimentos à orientadora Professora Doutora Ana Lúcia Suárez Maciel.

⁷ As quatro (04) abordagens não efetivadas foram motivadas por: recusa – duas (02); ausência de autorização da coordenação da unidade da atenção básica para participar da pesquisa – uma (01); o espaço sócio-ocupacional caracterizar serviço de média complexidade – uma (01) (CAMARGO, 2009).

⁸ Confirmando uma das tendências históricas no âmbito da profissão, a totalidade de sujeitos da pesquisa pertence ao sexo feminino. Para valorizar a informação, doravante, a referência aos sujeitos da pesquisa preconizará a flexão feminina.



Figura 1 – Síntese da categoria temática ou explicativa da realidade “modelo de atenção em saúde”.

Fonte: (CAMARGO, 2009).

O instrumento de coleta de informações – formulário da entrevista semi-estruturada, composto de questões abertas e fechadas – contemplou os seguintes questionamentos às assistentes sociais: a) concepção de saúde nas unidades da atenção básica; b) concepção de atenção básica em saúde; b) formas de planejamento, gestão e execução das ações nas unidades da atenção básica em saúde; e, c) conhecimentos do campo da saúde coletiva, julgados necessários para o exercício profissional do assistente social na atenção básica em saúde. Os resultados encontrados foram interpretados pela mediação do referencial teórico-epistemológico, da produção teórica do Serviço Social e do campo da saúde coletiva.

3. Concepção de saúde nas unidades da atenção básica

Ao informarem suas concepções de saúde, seis (06) das oito (08) assistentes sociais resgataram elementos da Declaração de Alma-Ata, apesar de não a terem referenciado como base de fundamentação teórica. Quatro (04) conceituaram saúde como um “estado de bem-estar físico e mental”. Em três (03) destas comunicações foi caudatária a expressão “ausência de doença”,

seja para indicar um estado saudável, diferenciando-o da condição de ser ou estar doente, seja para justificar a compreensão profissional de que a saúde contempla um estado que não pode ser reduzido à ausência de doença.

A concepção de duas (02) das seis (06) assistentes sociais supracitadas foi iniciada com a enunciação de um conceito ampliado de saúde. Entretanto, ambas tiveram dificuldades de fazê-lo de maneira diferenciada das demais, prevalecendo como eixo norteador uma concepção biologicista de saúde, atrelada ao corpo físico. Ficou subentendida a influência de outros fatores no estado de bem-estar, tendo uma (01) delas referido a existência de um conceito de saúde institucionalizado pela Constituição Federal de 1988:

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

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

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

Somente uma (01) das oito (08) assistentes sociais fez referência ao Sistema Único de Saúde (SUS), citando um dos seus princípios doutrinários, a integralidade, e um dos seus princípios organizativos, a participação popular:

[...] Vai muito a favor do que o SUS [Sistema Único de Saúde] coloca. A saúde ela é integral. [...] Então é a integralidade mesmo da pessoa. Pra mim quando a pessoa ela consegue ter uma boa relação em todas essas questões, ela vai estar com uma saúde geral e integral [...] (AS F, 2008).

A maior parte das concepções expressas pelas assistentes sociais não contemplou o conceito ampliado de saúde, seus fatores condicionantes e determinantes expressos em ações intersetoriais, bens e serviços, traduzidos em direitos sociais. Salvo em referências isoladas, sem atenção à totalidade e sem mencioná-la como política pública, de direito social e responsabilidade do Estado. Tampouco foi mencionada a luta coletiva pela garantia da saúde como direito social, desencadeada pelo movimento de Reforma Sanitária. Com base nisso, evidencia-se a ausência parcial e/ou total de valorização da historicidade da política de saúde no cotidiano das unidades da atenção básica e a fragilidade teórica a respeito da temática.

4. Concepção de atenção básica em saúde

Quatro (04) das oito (08) assistentes sociais associaram a atenção básica em saúde à ação de saúde básica, de cuidados básicos e/ou primários, de caráter preventivo, a ser desenvolvida como estratégia para evitar a necessidade de acesso a serviços especializados ou de maior complexidade. Além de ser considerada a via preferencial de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade, e abranger ações no âmbito da prevenção de doenças, a atenção básica deve desenvolver ações

individuais e coletivas de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a), dimensões estas que não foram referidas pelas assistentes sociais:

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

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

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

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

Duas (02) das oito (08) assistentes sociais caracterizaram a atenção básica como “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS), referindo para além da dimensão de prevenção de doenças, a de promoção da saúde. Uma (01) destas profissionais deu indícios da necessidade de proximidade da unidade da atenção básica do espaço da comunidade, deixando implícita a discussão acerca do processo de territorialização da saúde, e utilizou o termo menor complexidade em substituição aos cuidados básicos e/ou primários referidos pelas demais:

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

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

No último fragmento de comunicação, está equivocada a denominação de “posto de saúde”, classificada como a unidade da atenção básica “destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico” (BRASIL, 2008). A denominação não dá conta das estruturas físicas onde trabalham equipes multiprofissionais compostas pelas diversas categorias profissionais de saúde de nível superior e médio, para além das especialidades médicas básicas. De forma semelhante, uma (01) outra assistente social caracterizou a atenção básica como o espaço onde há:

[...] A clínica, a pediatria, a ginecologia. É o que o indivíduo necessita basicamente pra sua saúde, pra manter essa saúde, esse bem-estar, de todas as questões desde higiene. [...] A gente trabalha muito aqui com orientação. [...] Trabalha com muito idoso. [...] As pessoas não têm esse entendimento de que saúde é isso também, é fazer uma escuta qualificada. Acho que quem tem mais essa visão é o assistente social, as enfermeiras

têm isso também. [...] Então essa escuta é bem importante (AS D, 2008).

A concepção explícita a dificuldade vivenciada pelo próprio assistente social de visualizar o seu exercício profissional, como parte do processo de trabalho no âmbito da atenção básica em saúde. O comprometimento com a qualidade das políticas públicas aos cidadãos perpassa a disposição de equipe multiprofissional qualificada para o exercício dessa função, com capacidade técnica e política, eficácia no desempenho do seu trabalho, responsabilidade e adesão aos princípios e valores da democracia (BRASIL, 2008).

A última das oito (08) assistentes sociais referenciou a intersetorialidade das ações no âmbito da atenção básica em saúde. Intersetorialidade pressupõe integração, articulação e complementaridade das ações, demandando envolvimento de gestores, trabalhadores de saúde e comunidade, tendo em vista o alcance da integralidade na atenção (BRASIL, 2008):

A primeira coisa que eu não consigo ver na minha cabeça e dentro do meu trabalho é sem ter uma rede, porque todos os problemas que vêm para a gente, no nosso trabalho, no nosso dia-a-dia eu vejo que tanto a saúde, a educação, a assistência social, a segurança, todas somos responsáveis. [...] Daí entra aquela questão da saúde integral que eu vejo que é muito importante [...] (AS F, 2008).

No Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção: básica, de média complexidade e de alta complexidade. Esta forma de estruturar o sistema de saúde visa à melhor programação, planejamento das ações e serviços de forma articulada e complementar, de modo que não se deve considerar um ou outro nível de atenção mais relevante, sob pena de comprometer-se a efetivação da atenção integral à saúde. Todavia, essas informações não justificam a

ausência de clareza por parte das assistentes sociais inseridas na atenção básica, sobre as dimensões que a constituem e particularizam em relação aos demais níveis de atenção em saúde.

5. Formas de planejamento, gestão e execução das ações nas unidades da atenção básica em saúde

Quatro (04) das oito (08) assistentes sociais referiram pouca autonomia para planejar e executar as ações nas respectivas unidades da atenção básica em saúde, visto que são operacionalizadas de acordo com os programas estratégicos propostos pela instância municipal de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, três (03) delas destacaram importantes contribuições do assistente social no planejamento e gestão das ações, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS):

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

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

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

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

Nota-se a emergência de contribuição do assistente social na execução de ações, fundamentalmente, voltadas à gestão das relações interinstitucionais com vistas à intersectorialidade. Destacam-se as ações destinadas à “[...] capacitação de recursos humanos que visam ampliar a qualidade dos serviços e de sujeitos sociais subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas [...]” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12). Além disso, identificam-se competências constitutivas do exercício profissional no que se refere ao processo de gestão: elaboração, coordenação, administração, execução e avaliação de planos, programas e projetos (BRASIL, 1993).

Em que pese à importância do planejamento como ferramenta de apoio à gestão administrativa e ao desenvolvimento de técnicas e tecnologias no campo da saúde, duas (02) das oito (08) assistentes sociais informaram que suas respectivas equipes de atenção básica não planejam as ações desenvolvidas. Uma (01) delas afirmou tampouco planejar as próprias ações do próprio Serviço Social:

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

Na verdade não tem muito planejamento não. As coisas vêm, o ritmo de trabalho é muito intenso, o ritmo de trabalho é acelerado, não tem um planejamento. [...] A gente passa a maior parte do tempo apagando incêndio, sem ter atividades planejadas ou mais ou menos estruturadas, até porque a gente sempre trabalha com falta

de pessoal. [...] Se eu te disser que eu tenho um plano de trabalho eu vou te mentir [...] (AS C, 2008).

Diferentemente da realidade informada pela maioria, as outras duas (02) das oito (08) assistentes sociais afirmaram o planejamento das ações como responsabilidade da própria equipe de atenção básica. Nestas situações, o planejamento ocorre através de uma rotina com base no processo de trabalho em saúde ou em torno da demanda que se apresenta de forma particularizada às diferentes categorias profissionais, considerando-se os recursos materiais e humanos disponibilizados pela estrutura da unidade da atenção básica:

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

[...] Da equipe são realizadas de acordo com a demanda do serviço que é bem maior que a capacidade de operação. [...] E isso faz com que a gente se organize em torno dos nossos recursos, mas também das nossas fragilidades e carências [...] (AS G, 2008).

O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão das ações em todos os níveis demanda o acesso às “[...] informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos [...]” (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2004, p. 01). Destina-se não apenas a intervir sobre o processo saúde-doença vivenciado pelos sujeitos sociais na realidade concreta, mas também sobre o serviço, o processo de trabalho e a própria política de saúde.

6. Conhecimentos do campo da saúde coletiva, julgados necessários para o exercício profissional do assistente social na atenção básica em saúde

Ao serem questionadas sobre os conhecimentos do campo da saúde coletiva, julgados necessários para o exercício profissional na atenção básica em saúde, três (03) das oito (08) assistentes sociais destacaram, associados a outros, a necessidade de uma maior aproximação com a psicologia:

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

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

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

Nunes (2006) identifica como parte da constituição do campo da saúde coletiva enquanto área de saber, três grandes espaços e formações disciplinares: a) as ciências sociais e humanas, b) a epidemiologia e, c) a política e o planejamento. O campo da saúde coletiva contempla também o desenvolvimento de ações investigativas sobre “[...] estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310). Os conhecimentos que remetem a estas últimas disciplinas foram evidenciados como eixo central na concepção de uma (01) assistente social, e por

duas (02) outras assistentes sociais complementados por disciplinas das ciências sociais e humanas:

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

[...] Alguns conceitos básicos de algumas doenças [...] A questão dos Conselhos Tutelares, as questões que tem que ter de conhecimento pra trabalhar com essas questões de maus-tratos, de violência. [...] Estar sempre [se] atualizado sejam as legislações do [Instituto Nacional de Seguro Social], da mulher, da criança, do planejamento [familiar] INSS, questões mínimas de saúde, básicas, eu não preciso conhecer a fundo, mas minimamente (AS C, 2008).

As outras três (03) das oito (08) assistentes sociais julgaram necessários para o exercício profissional no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos diversos conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas, naturais e da saúde. Estes conhecimentos foram agrupados em três eixos: a) realidade brasileira: determinações particulares e universais; b) jurídico: conhecimento de legislações tanto em nível de projeto profissional (documentos que regem a profissão), quanto das políticas intersetoriais (saúde, previdência, assistência social, idoso, criança e adolescente, educação); c) expressões do objeto de trabalho do assistente social na saúde coletiva: violência.

Conclusões

Com base na interpretação das informações da realidade concreta, conclui-se que o modelo de atenção que fundamenta o exercício profissional do assistente social, na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre (RS), trata-se de uma mescla dos modelos médico-assistencial privatista e de

Reforma Sanitária, ou modelo de medicina/flexneriana e campo da saúde coletiva. Na efetivação do seu exercício profissional nas unidades da atenção básica, o assistente social, ao mesmo tempo em que reproduz o projeto profissional hegemônico focalizado na ação individual, com ênfase biológica e curativa; também se orienta pelos pressupostos do modelo de Reforma Sanitária, mediando os princípios do projeto ético-político profissional àqueles do Sistema Único de Saúde (SUS), atentando-se à totalidade que constitui o sujeito social, reconhecendo a saúde como direito social, de responsabilidade do Estado e traduzindo as demandas em necessidades sociais.

De acordo com Bravo; Matos (2006b, p. 17), o exercício profissional não deve ser reduzido à ação exclusiva sobre as questões subjetivas, tampouco “[...] pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina”. Esta forma de intervenção, além de fragmentar a ação profissional, reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas. Esses elementos ratificam as contradições e disputas entre projetos profissionais distintos no cotidiano das unidades da atenção básica em saúde, como repercussão de um contexto determinado pelo projeto societário hegemônico no âmbito da sociedade capitalista contemporânea, de orientação teórica neoliberal.

A concepção de saúde dos assistentes sociais enfatiza os elementos biopsicossociais, focalizados na intervenção individual, deixando em segundo plano os fatores condicionantes e determinantes da saúde, seu caráter de direito social e responsabilidade do Estado. A promoção de saúde e a prevenção de doenças são as dimensões privilegiadas nas ações desenvolvidas, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Como a equipe multiprofissional planeja, gerencia e executa as ações de acordo com os programas estratégicos da política de saúde, o assistente social dispõe de pouca ou nenhuma autonomia no âmbito das unidades da atenção básica. Entre os conhecimentos do campo da saúde coletiva, julgados necessários

para o exercício profissional do assistente social na atenção básica, destacam-se as disciplinas das ciências sociais e humanas, naturais e da saúde.

O exercício profissional nas unidades da atenção básica em saúde deve visar à promoção da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, sob pena de reproduzir práticas profissionais tradicionais, situação evidenciada pelas diversas categorias profissionais, como condição a ser superada. Não se trata de um caminho a ser trilhado à parte da equipe multiprofissional, mas uma tarefa a ser efetivada de forma articulada ao processo de trabalho e distintos saberes que conformam o campo interdisciplinar da saúde coletiva.

Referências

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.

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

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

_____; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal, 2001. In: BRAVO, M. I. S.;

PEREIRA, P. A. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____.; MATOS, M. C. de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. 2006b, 22 p. In: MOTA, A. E., *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.

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

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990a. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf. Acesso em: 20 out. 2007.

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

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

_____. **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, M. I. (Org.). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003, v. 2, 288 p.

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

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

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

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. 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.

FREIRE, G. **O vitalismo e homeopatia**. Belo Horizonte: mar. 2005. Disponível em: <http://www.freire.med.br/default.asp?id=19&mnu=19&ACT=5&content=18>. Acesso em: 24 dez. 2008.

MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes, 2006, 10 p. In: _____; *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: 12 de out. 2010.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no

campo da saúde, 2006, 34 p. In: MOTA, A. E., *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/servicosociaisauade/texto2-6.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2008.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S., *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, HUCITEC; FIOCRUZ, 2006, p. 295-315.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. 2003, c. 19, p. 567-586. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Rev. Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 1998, p. 299-316.

PROCESSAMENTO DE DADOS DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório dos assistentes sociais da Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde.** Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde. Porto Alegre, jun. 2008.

SALAMA, P.; VALIER, J. **Uma introdução à economia política.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975, 203 p.

TEIXEIRA, C.; VILASBOAS, A. L. **Introdução: planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde**, 07 jan. 2004, 2 p. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=21&subject=healthManagement&search=introduction/\(channel\)](http://itd.bvs.br/itmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=21&subject=healthManagement&search=introduction/(channel)). Acesso em: 29 dez. 2008.

Recebido em ??? e
aceito em ??

Title: *Care model and professional practice of social workers in primary care*

Abstract: *This article reflects on the care model that supports social workers' professional practice in primary care in the Sistema Único de Saúde (Unified Health System). The paper presents results of a Master's thesis in Social Work of qualitative, exploratory and explanatory nature, grounded on critical social theory, a dialectical and historical materialism method of Marxian inspiration and its categories. The informants were social workers that, in 2007, integrated units of the Coordenadoria Geral de Atenção Básica à Saúde (General Coordination of Primary Health Care), an agency of the Secretaria Municipal de Saúde (Municipal Health Secretariat) of Porto Alegre, capital of the State of Rio Grande do Sul. The data were analyzed following the content analysis technique with thematic focus, considering the synthesis elements of thematic or explanatory category of the "care model" reality. The results were interpreted by means of a) theoretical-epistemological references, b) Social Work theoretical production, and c) the public health field.*

Keywords: *Care model; Primary Health Care; Professional Practice; Social Work; Public Health.*