

Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais

Por Vera Maria Ribeiro Nogueira¹ e Regina Célia Tamaso Miotto²

Introdução

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS.

Essa discussão está presente no Serviço Social através de produções bibliográficas que podem ser apreendidas sob duas perspectivas. Uma que pauta o debate de forma mais intensa no eixo ético-político e outra que direciona a análise para a prática profissional no âmbito do SUS.

Os estudos referentes ao eixo ético-político, dentre os quais se destacam o de Bravo (1996) e de Nogueira (2002, 2002a, 2004), relacionam os riscos quanto às possibilidades da ação profissional no sentido da garantia de direitos universais ao analisarem o cenário atual, apontando as ameaças presentes no confronto entre o projeto privatista de cuidados de saúde e o projeto da reforma sanitária. As produções direcionadas à ação profissional, em meio às quais se salientam as de Costa (2000), Matos (2000), Vasconcelos (2002), Wiese (2002), Miotto (2004b), Nogueira (2003), têm pautado em suas análises os desafios para a materialização do atual projeto ético-político da profissão e do próprio SUS.

1 - Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Pelotas e professora colaboradora do Departamento de Serviço Social / Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

2 - Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e do II Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência.

Este texto busca debater a inserção do Serviço Social no campo da saúde, articulando a ação profissional às diretrizes do SUS, o que sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde. Nessa perspectiva a argumentação está ancorada em três pontos que sustentam esta abordagem. O primeiro está relacionado à concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo-se a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem estar construídos no século passado (CAMPOS E ALBUQUERQUE, 1999). A preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais neste processo. Nessa linha de pensamento, além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas a promoção da saúde. Esta, acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

O segundo é que, atualmente ocorre um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde através dos Pólos de Capacitação Permanente e dos Programas de Capacitação e Atualização Profissional em vários níveis, para distintas categorias profissionais e para programas específicos, instituídos pelo Ministério da Saúde - MS. Tal movimento, vinculado à Política Nacional de Educação Permanente do MS tem buscado qualificar recursos humanos para atuação nos moldes preconizados pelos princípios e diretrizes do SUS. Por essa razão amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social, vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões (MIOTO, 2004a).

O terceiro é, paradoxalmente, a desqualificação pela qual vem passando os aspectos relacionados ao *social*, desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde, em andamento, de âmbito nacional. Podemos citar como exemplo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, onde, dentre suas atribuições estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários. Merece também destaque a própria supervisão do Programa, atribuída

ao enfermeiro. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinalizando para uma visão reducionista da área contrapõe-se à concepção ampliada de saúde presente na Constituição Federal. Isso tudo sem dizer que os objetivos do programa sinalizam para ações que são competências históricas do Serviço Social exigindo o domínio de técnicas e conhecimentos próprios da formação do assistente social. Assim, não é por acaso que os resultados das ações, dentre outros motivos, são precários, de baixa resolutividade e, na análise de muitos, de alta irresponsabilidade (MIOTO, 2004 A; NOGUEIRA, 2005).

No quadro das pontuações efetuadas, no decorrer desse texto serão abordadas três questões centrais intrinsecamente relacionadas entre si. A primeira se refere a uma análise do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, em sua perspectiva peculiar e inovadora em termos éticos, políticos, institucionais e técnico-assistenciais, relacionando-o com os princípios éticos e políticos do contidos no Código de Ética Profissional do Assistente Social e reiterados no Projeto Ético-Político adotado pela categoria nos últimos quinze anos.

A segunda questão busca evidenciar como o novo modelo de atenção à saúde, incluindo essencialmente a concepção adotada sobre o processo saúde-doença incide na ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais. Observa-se, preliminarmente, que essa incidência não decorre apenas da ampliação da demanda reprimida e tampouco da expansão das funções desempenhadas tradicionalmente pelos profissionais no campo da saúde. Pelo contrário, quer se destacar que as ações profissionais passam a ter uma nova funcionalidade decorrente da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença.

Um terceiro e último tópico mapeia os desafios atuais do próprio sistema de proteção à saúde em decorrência das reformas estruturais pelas quais passou o Estado brasileiro nos últimos quinze anos.

O SUS e o Projeto Ético-Político Profissional – convergências e concretizações³

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis 8080 e 8142.

Entretanto, a aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o sistema nacional de saúde brasileiro foi permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição antagônica dos grupos de interesses ligados ao setor. Da mesma forma, os embates seqüentes agravados pelos processos de reforma do Estado tornaram as contradições entre as duas propostas mais acirradas.

De um lado, no período da implantação da proposta constitucional, da aprovação da legislação complementar e infraconstitucional, as forças conservadoras retornaram com vigor e retardaram a inclusão da saúde na agenda governamental. Cabe notar, ainda que as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente tem seu início com a Norma Operacional Básica/96, em 1996.

Por outro lado o relativo refluxo dos movimentos populares, nas décadas que se seguiram a aprovação da Constituição, foi um fato marcante. A desqualificação das ações coletivas, denominadas pejorativamente de *comportamentos jurássicos*, durante o Governo

3 - Agradecemos a contribuição da Professora Maria Geusina da Silva, da Faculdade União das Américas e Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, na construção dos itens sobre integralidade e promoção à saúde.

Fernando Henrique Cardoso contribuiu para a desmobilização de grupos ligados ao setor saúde, retardando e favorecendo a atuação dos grupos vinculados ao ideal privatista.

Mesmo assim, o núcleo duro da proposição aprovada, tanto em termos constitucionais como infraconstitucionais, apresenta características peculiares que devem ser analisadas em maior profundidade por duas razões. A primeira é por expressar, no Brasil, uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais significando a inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas, rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão. A segunda é a convergência de tais inovações com o Código de Ética Profissional e a Lei da Regulamentação da Profissão, aprovados em 1993.

A expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social são pontos comuns que merecem destaque.

Sobressai, como um primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, a idéia de *universalidade*. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso *universal e igualitário* aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde. No plano da relação Estado-sociedade essa indicação significou o reconhecimento que a atenção às necessidades de saúde não pode ser atribuída ao mercado. Nesse sentido, aponta Luz (1991, p. 29), coloca no debate a “visão desmedicalizada da saúde”, [...] na medida em que subentende uma definição *afirmativa* (positiva) de saúde, diferente da visão tradicional que identifica saúde com ausência relativa de doença, típica das instituições médicas.

Destaca-se que, além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de saúde incorporados no texto constitucional, articulam dois

setores: o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social que tem prevalecido no país de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação à esfera da produção.

A concepção ampliada de saúde como “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (LUZ, 1991, p. 29) impõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, entendendo, também, que a intervenção estatal, na esfera das políticas sociais, não pode ser vista como independente dos interesses econômicos. Estes, por sua vez, moldam e incluem na agenda política e governamental os itens que lhes são relevantes, segundo determinações históricas particulares que envolvem o ambiente sistêmico e o ambiente programático (NOGUEIRA, 2002).

O discurso do reconhecimento da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia como um dever do Estado ultrapassa uma abordagem limitada e centrada em um discurso acríptico e normativo. Supera uma perspectiva analítica que atribui às políticas sociais o papel de reduzir as injustiças sociais, resgatando, de “maneira anacrônica, princípios, dogmas e valores que surgem da superação do romantismo” (MENEZES, 1993, p.28), da velha escola humanitária e filantrópica que anula e obscurece o discurso das classes sociais e de interesses em conflito. Define ainda, de maneira radical que, enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não poder ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. “A pura operação das forças de mercado não é uma receita adequada para o funcionamento do setor, como reconhece o recente Relatório do Banco Mundial. [...] As instituições do Estado de bem-estar (*welfare state*) podem ser estudadas como uma expressão acabada das tentativas sociais de superação das falhas de mercado generalizadas no setor saúde” (CAMPOS, BARROS E CASTRO, 1999). Como um bem não mercantil, supõe a sua desmercadorização para sua garantia, com as conseqüentes implicações na esfera da política e da economia.

Confirmando os pressupostos contidos no artigo 196 da Constituição Federal, o Artigo 198 através das diretrizes delinea outros pontos que sedimentam o direito social a saúde, encaminhando níveis programáticos aos mesmos, como se depreende da leitura das mesmas:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, p. 81).

O item constitucional acima, ratificado integralmente na Lei 8089, trata de aspectos bastante polêmicos, tanto para o setor mais progressista como especialmente para as instituições médicas tradicionais, visto que veio alterar situações institucionais consolidadas em termos de *poder político* e *poder técnico*.

O artigo 198 da Constituição Brasileira (1988, p. 81), complementado pela Lei 8080, ao enfatizar o atendimento integral, indica outro aspecto central para o trânsito do direito real à saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, que traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como conseqüência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (PINHEIRO, MATOS, 2001).

Cecílio (2004) amplia o debate indicando que se pode traduzir a integralidade em diferentes dimensões. Uma delas é a *integralidade focalizada*, que é realizada e praticada nos diversos serviços de saúde, fruto de esforços de diferentes equipes multiprofissionais que buscam realizar ações interdisciplinares. Nesses espaços sócio-institucionais a integralidade se

realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população. A outra dimensão é a que o autor denomina de integralidade ampliada. Para Cecilio (2004), a integralidade nessa dimensão deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os outros serviços e instituições. Nesta acepção, fica evidente que a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições.

Além disso, o princípio da integralidade, garantido constitucionalmente e na legislação complementar, permite identificar outros componentes relativos a um novo enfoque para o direito à saúde. A integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico.

A participação da comunidade, igualmente um princípio constitucional e eixo organizador do Sistema Único de Saúde, é um outro ponto a ser destacado na relação entre as práticas dos assistentes sociais que se pautam no Código de Ética e no projeto ético-político e o SUS. É um aspecto fundamental para o processo de construção da esfera pública para o setor à medida que indica as possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, tão comuns no contexto da cultura política nacional, em que a oferta de ações de caráter curativo em saúde exercem atração exacerbada tanto entre prestadores de serviços, como nos usuários do sistema.

De acordo com Carvalho (1997), a participação da sociedade é a expressão institucional do “núcleo duro” da Reforma Sanitária. Ao longo do tempo, teve significados diversos, evidenciando constantemente a preocupação em associar o social e o político. Expressa ainda a *face democrática ampla* dessa Reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder. Mostra as arenas de definição da agenda governamental, traduzindo uma preocupação com os mecanismos

redistributivos contidos nas políticas de saúde, com as formas organizacionais de como redistribuir ou favorecer uma atenção de qualidade para todos os brasileiros.

A concepção de democracia participativa que vigorou no período pré-constitucional entendia a participação como um valor estratégico e não intrínseco, ou, como aquele em que a participação política interessa em si mesma, como condição de cidadania. A participação comunitária não foi um tema *inventado* a partir da Reforma Sanitária. Entretanto, foi resignificado, perdendo o caráter adesista com o qual havia sido adensado durante a ditadura militar. Esse adensamento teve um objetivo bem preciso, no marco dos novos direitos sociais, apontando um horizonte distinto para a cidadania, então em construção.

Nesse contexto, a participação da comunidade foi organizada de forma articulada aos demais grupos de interesse. A participação dos grupos comunitários tinha, em última análise, a finalidade de inscrever a idéia da democracia participativa nas novas práticas sanitárias, condizente com a posição conquistada de novos atores, influenciando rumos e definindo as políticas setoriais.

O conteúdo da participação, posteriormente nomeada como *controle social*, sofreu uma alteração semântica, como bem marca Carvalho (1997), entre outros autores. O termo “Controle Social” teve origem na sociologia, significando o controle do Estado sobre a sociedade ou do empresariado sobre as massas. Na saúde essa concepção esteve presente no século XX até meados dos anos de 1960 e sua expressão máxima ocorreu no “sanitarismo campanhista”, que promovia amplos programas de combate às endemias (malária, febre amarela, tuberculose, etc), de forma autoritária e discriminatória, e tratava as resistências como delito.

Após alguns anos, esse conceito se inverteu, tendo como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde com o movimento de reforma sanitária. Assim, *controle social* passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os Conselhos e as Conferências de Saúde e outros mais.

Porém, pode-se dizer que ao longo dos anos o termo *participação* adquiriu forte conotação ideológica, obscurecendo o fato de que ela encerra relações sociais diferenciadas e em constante construção. Assim, depende dos arranjos políticos, factuais ou mais ideologizados, nos quais os atores definem os movimentos do intrincado “jogo de xadrez”⁴. Nessa direção vale dizer que muito se tem debatido sobre essa questão e muitas críticas têm sido realizadas sobre o processo de incorporação formal dos movimentos populares aos segmentos mais institucionalizados. Com isso, aponta-se o risco que a conformação de tais institucionalidades possa representar como uma nova forma de cooptação política e um mecanismo para a redução de conflitos. No entanto, vale reafirmar que a idéia inscrita através do projeto da reforma Sanitária na concepção do SUS é que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança (CARVALHO, 1997).

Por esse ângulo pode-se também observar a intrínseca relação do *controle social* com os pressupostos contidos no Código de Ética, Lei da Regulamentação da Profissão e o Projeto Ético-Político. O Código de Ética explicita essa vinculação tanto através de seus princípios concernentes a ampliação e consolidação da cidadania e à gestão democrática de serviços, programas e políticas sociais, à defesa do aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política, como em relação ao dever do assistente social com os usuários de contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais (CFESS, 1993)

Diante do quadro apresentado, reafirma-se o trânsito existente entre os princípios contidos tanto na Constituição Federal e legislação relativa ao campo da saúde como no Código de Ética dos assistentes sociais, profissionais que na prática cotidiana buscam continuamente ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população. Nessa direção ganha significado a afirmativa de Minayo (2005, p. 67) “que a concepção de direito está diretamente relacionada às condições concretas de sua fruição, refletindo idéias concretas, finalidades concretas, alternativas concretas”. Ou, seja, os princípios e propostas

4 - Verificar a alegoria do jogo de xadrez utilizada por Francisco de Oliveira (1988).

podem se tornar vazios sem uma materialidade que os adense e possibilite superar situações de iniquidade e desigualdade no acesso aos bens necessários a uma vida saudável. Assim, é importante ressaltar que os aspectos éticos “não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articulados à competência teórica/técnica e à capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais (BARROCO, 2004, p.31).

A concepção ampliada de saúde e a ação profissional do assistente social

Conforme apontado anteriormente a proposta do SUS dentro dos princípios elencados veio alicerçada na concepção ampliada de saúde. Ou seja, quando se aceita que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano, é que acontece a revisão do paradigma *mecanicista*. Segundo Merhy, Campos e Queiroz (1989), esse paradigma centraliza o processo de trabalho na medicina à medida que o processo de cura (das doenças) é a sua finalidade. Portanto, ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem.

A reversão do paradigma mecanicista tem suas raízes na constatação da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo do risco individual para responder aos processos de saúde-doença próprios da vida moderna. Dessa forma, consolidou-se uma nova posição entre amplos setores da comunidade científica e profissional, a despeito de toda resistência oferecida pelo complexo médico-industrial. Tal fato ocorreu pela evidência de que fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde, levando à afirmação de que não existe correlação entre o aumento do nível de atividades médicas e o aumento do nível de saúde da população (MERHY, CAMPOS E QUEIROZ, 1989). Passou-se a falar em determinação social do processo saúde-doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente. A OPAS, em seu informe anual de 1998, afirma:

El pensamiento actual en el campo de la salud pública se ha desplazado más allá del simple reconocimiento de las causas biológicas y conductuales de la enfermedad para incluir un examen de las relaciones entre el contexto sanitario y el social, es decir, la forma en que obran la pobreza, el género y el origen étnico, entre otras cosas, como factores determinantes de la salud.

Nesse sentido, Cecílio (2004, p. 28) aponta que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-as em quatro grandes conjuntos:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que nesse caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

A partir do exposto, postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado.

Como se vê, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao

direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade.

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Ao suprimir, ainda que inicialmente em termos discursivos, a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídicos-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos. Tal concepção prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde como referenciais capazes de suprir as necessidades de saúde do povo brasileiro, entendendo que:

a promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (MATTOS, 2005, p. 221)

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado.

O Ministério da Saúde, considerando os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um cenário de descentralização e controle social, indica um conjunto de prioridades políticas pretendendo superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2006a). A portaria GM n° 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006ba), reorienta a atenção básica, mantendo a Saúde da Família como o núcleo estratégico para mudança do modelo técnico-assistencial⁵.

Reafirma a concepção da atenção básica, entendendo-a como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Reafirma, portanto a atenção básica como uma das políticas que integram e concretizam o Pacto de Gestão, compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde nas três esferas para qualificar o SUS.

Dentro da perspectiva anteriormente abordada, ou seja, da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde. Confirmando essa afirmação pode-se apresentar como evidência a exigência do uso e indicadores sociais, além dos epidemiológicos, para o planejamento das ações relacionadas à atenção básica (Brasil, 2006a).

5 - Complementam as orientações sobre o pacto de gestão as portarias n° GM 649, de 28/03/2006, Portaria GM n° 650, de 28/03/2006, Portaria GM n° 675, de 30/03/2006, Portaria GM n° 687, de 30/03/2006 e Portaria GM n° 822, de 18/04/2006 (MS, 2006a).

A preocupação com a inclusão social é outro item que vem sendo debatido pela OPAS, tendo sido reforçada no III Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública, promovido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em Fortaleza (CE), entre os dias 26 e 31 de março de 2006. Nesse seminário foi apresentado como um dos desafios para o sistema de saúde, tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento, a integração entre a inclusão social, a sustentabilidade e a saúde ambiental (BRASIL, 2006a).

À medida que a promoção da saúde passa a ser essencial nesse processo, incluindo no conceito a intersectorialização da saúde com as demais políticas sociais, além do controle social (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004), ganham projeção as ações dos assistentes sociais. Reconhece-se, ainda, que a compreensão da saúde como um processo, priorizando a vida com qualidade ao invés da ausência de doença, a promoção da saúde situa-se em oposição crítica à medicalização da vida social, enfatizando o aspecto político que induziria a relações sociais mais igualitárias (MARCONDES, 2004).

SUS – os caminhos percorridos e os desafios atuais

Tendo como referência os aspectos anteriormente discutidos, nesta última parte do texto discutimos brevemente a trajetória percorrida em relação ao SUS com base nos princípios propostos pela Reforma Sanitária brasileira e das exigências que integram a agenda profissional do Serviço Social na perspectiva aqui adotada, ou seja, de uma funcionalidade essencial na garantia da atenção às necessidades de saúde e tendo como foco de prática a promoção da saúde.

Inegavelmente, a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Muitos aspectos desse acesso estão por se concretizar e incidem, de forma muito especial, em questões relacionadas à exclusão social em saúde. Estamos ainda distantes do que a OPAS (2001) conceitua como proteção social em saúde:

La protección social en salud puede definirse como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer

sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.

O SUS, em seus quase dezesseis anos, continua com seus radicais defensores e radicais opositores. Feuerwerker (2005) interpreta que essa capacidade de mobilização decorre de ter sido o campo da saúde “constituído por atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura, capazes de fazer críticas e apresentar propostas alternativas com modos de fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão”. Aponta ainda, no mesmo artigo, a possibilidade de que a proposta desejada e construída pelo movimento de reforma sanitária seja desqualificada face as fragilidades atuais do sistema, colocando em risco sua legitimidade política e social. Tal se deve à permanente disputa sobre o alcance da saúde como direito, em relação à própria concepção de saúde e às maneiras para viabilizar seu acesso e sua garantia.

Há que se considerar nessa breve apreciação a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto, que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação.

A referência ao direito universal à saúde, primeiro ponto a ser discutido, impõe pensar que tipo de acesso se disponibilizou para a população, ou seja, qual foi o modelo de assistência à saúde implementado e em que medida as demais políticas vêm contribuindo para garantir a sustentação necessária para o atendimento das necessidades sociais de saúde.

Efetivamente, as condições concretas para o início da universalização do acesso se iniciam com a Norma Operacional Básica de 1996, realmente implantada em 1998, na gestão do Ministro José Serra. Essa afirmação parte do entendimento de que apenas quando se cumpre o artigo 35 da Lei 8080, financiando as ações e serviços necessários não por produtividade, mas por programas relacionados à promoção e prevenção da saúde, se

asseguraria uma alteração no modelo de atenção à saúde e no próprio sistema. Entretanto, a estratégia utilizada pelo governo nacional, de forte incentivo ao Programa de Saúde da Familiar – PSF, não somente retirou a autonomia dos gestores municipais e estaduais na organização dos sistemas locais de saúde, dificultando programar as ações de saúde com bases epidemiológicas territoriais, como implicou em sérias conseqüências para a integralidade.

Ao afirmar a atenção básica como porta de entrada do sistema, o PSF busca hierarquizar a demanda. Ou, no entendimento de Feuerwerker (2005), disciplinar a demanda. Ao Programa Saúde da Família é atribuída a responsabilidade de estruturar um modelo tecnoassistencial inovador de atenção à saúde, o que parece ser bastante utópico, dado o reduzido potencial de mudança que a equipe pode oferecer. Como estratégia de expansão de cobertura dos serviços básicos, tem realmente validade operacional, sendo questionáveis, entretanto, os demais objetivos do programa. É um desafio para o PSF a sua implementação em grandes centros urbanos, onde o diagnóstico epidemiológico é bastante diverso dos realizados nas localidades onde o programa está implementado. A crítica que vem sendo feita por diversos autores é a incapacidade resolutive de grande parte das equipes de PFS, devido a vários motivos, sendo apontado como aspecto crucial o despreparo profissional para intervenção no novo modelo de atenção (BUENO E MERHY, 2001; FEUERWERKER, 2005).

Bueno e Merhy (2001) alertam para a convergência das propostas contidas na NOB 01/96, em direção à reforma do Estado no campo das políticas sociais, notadamente na proposta de gestão e na construção de um novo modelo médico-sanitário. Entendem que o documento de regulação contém ainda outras antinomias:

ao mesmo tempo que aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, e dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como o programa de saúde da família. Além disso, dá poderes efetivos para organismos burocrático-administrativos, como a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sobre fóruns mais democráticos do sistema, como os Conselhos de Saúde, na definição sobre os programas que serão incentivados (BUENO E MERHY, 2001).

Efetivamente, a transformação do valor do financiamento do Piso de Atenção Básica – PAB, em fixo e variável, através do incentivo à implantação do PSF, induz a uma série de questionamentos de ordem política, técnica, organizacional e trabalhista. Indo além: algumas modalidades de financiamento, entre eles o Piso de Atenção Básica, vêm sendo apontados como desvios das diretrizes do SUS, na medida em que selecionam os usuários e garantem apenas uma cesta básica de atenção à saúde, colocando por terra o princípio da universalidade e a diretriz da integralidade (RIZZOTTO, 2000). A forma adotada de priorização da atenção básica, não levando em conta as desigualdades regionais tanto em relação à rede física instalada como as necessidades de saúde, dificulta a equidade em saúde, especialmente porque, na ocasião da definição dos incentivos para a atenção básica, decidido entre as três esferas de gestão, portarias ministeriais excluíram, do que havia sido pactuado, diversos procedimentos característicos desse tipo de atenção.

O artigo 35 da Lei 8080/90 define uma série de critérios para a alocação de recursos financeiros, entre os quais se sobressaem o número de habitantes, a situação epidemiológica e a rede instalada. Assim, o patamar mínimo de um piso básico seria calculado com base no número de habitantes, com acréscimo variável a partir de critérios legais, ouvido o Conselho de Saúde. A delimitação estreita do novo Piso de Atenção Básica de certo modo fere a autonomia municipal, transformando os Secretários Municipais de Saúde em simples gestores do sistema nacionalmente implantado. A afirmação anterior não desconsidera o despreparo de muitos gestores para conduzir a política sanitária, nem o intrincado emaranhado de relações pessoais que interferem, no plano municipal, nas definições do setor. Para resolver os problemas de despreparo gerencial e opções equivocadas ou personalistas dos Secretários de Saúde, o Ministério da Saúde poderia acionar outras estratégias, como o fortalecimento de um Conselho Municipal mais representativo, entre outras ações.

Por outro lado, é reconhecido o estrangulamento do sistema nacional de saúde no que diz respeito ao acesso aos demais níveis de atenção. Os mecanismos tentados como possibilidades de estabelecer a articulação entre os mesmos têm obtido resultados que não impactam positivamente a população. Tal situação leva a um descrédito no sistema, apoiado ideologicamente pelos atores sociais interessados em reduzir a confiança na eficácia do sistema público. Entre os mecanismos se incluem as “centrais de marcação de consultas” que,

teóricamente, deveriam conferir agilidade e dinamismo ao sistema, garantindo um atendimento integral baseado em referências e contra-referências. A experiência recente é a do Cartão SUS que, também, reduziria as dificuldades no acesso à média e alta complexidade.

Almeida (2003) afirma que o SUS enfrenta “tanto o problema da necessidade de garantir um mínimo básico, quanto de hierarquizar o sistema, assegurando a atenção integral – preventiva e curativa”. O tema *integralidade* voltou a fazer parte dos debates e da agenda do Ministério da Saúde nos últimos dois anos, sucedendo, de certa maneira, as polêmicas que giravam em torno do financiamento e gestão. Diversas iniciativas ministeriais no atual governo federal tiveram como objetivo expandir a atenção integral, através da ampliação de incentivos programáticos e capacitação de profissionais, gestores e conselheiros de saúde.

Ainda persiste a questão originária quanto ao modelo mais adequado de atenção à saúde para se construir a integralidade. As dúvidas se intercalam entre incentivar um arranjo em rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada *a priori* ou ser mais interessante um arranjo variável, onde o acesso se daria por qualquer ponto, uma órbita circular, onde se poderia entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde (CECILIO, 2004). Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade: os mecanismos de referência e contra referência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica? (FEUERWERKER, 2005).

O baixo impacto resolutivo do sistema tem sido explicado por diversas razões, que se sobrepõem e se perpetuam, em círculos. A mais freqüente razão apresentada é a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, motivada pela lógica de financiamento distinta. Enquanto a atenção básica é financiada por programas e *per capita*, que induzem a uma alteração no padrão de atenção, a média e alta complexidade é remunerada por procedimentos. Esta segunda forma de financiamento é difícil de ser avaliada em termos de eficiência, especialmente porque os serviços são contratados na rede privada. Uma outra razão explicativa é o baixo grau de resolutividade da atenção básica, *inchando* a

demanda nos demais níveis de complexidade, que pela sua natureza de alta tecnologia e tipo de financiamento não absorvem os encaminhamentos realizados, criando os conhecidos gargalos. Têm sido apontadas ainda como causa da baixa resolutividade da atenção básica:

o perfil de formação profissional, particularmente os médicos, que enfrentam dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais freqüentes (tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e violência, por exemplo (FEUERWERKER, 2005).

Quando se volta para as questões sociais e para a necessária intersectorialização das políticas sociais na garantia da saúde é que, no nosso entendimento, aparecem as grandes discrepâncias da política nacional de saúde. As disparidades regionais foram reduzidas, mas ainda persistem índices preocupantes quanto às diferenças entre o norte e o sul do país. As iniciativas dos governos federais não têm apontado para uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas que - ao lado de práticas de atenção e compromisso dos gestores, como seria necessário, conforme apontam Campos, Barros e Castro (2004) - garantiriam os pressupostos da reforma pretendida pelo movimento sanitário.

A forte regulação federal, a partir da indução contida nas Normas Operacionais do SUS: racionalidade sistêmica, financiamento intergovernamental e dos prestadores de serviço, e o modelo de atenção à saúde, segundo afirma Vianna *et al* (2002) com base nos resultados da Pesquisa de Avaliação da Instituição da Gestão Plena do Sistema Municipal, concorreram para melhorar as condições institucionais, de autonomia gerencial, cobertura de serviços ambulatoriais e capacidade instalada, sem, no entanto, alterar os padrões de iniquidade existentes nos municípios mais carentes. Ou seja, os mecanismos de indução estratégica utilizados pelas Normas Operacionais, iniciando-se com a NOB 91 até a Norma de Atenção à Saúde – NOAS, aliados ao descompasso de integração com as outras áreas sociais e econômicas, não deram conta de reduzir as grandes iniquidades de saúde, persistentes e anunciadas com freqüência desde os tempos da ditadura militar.

Outro ponto fundamental a ser levantado é o relacionado ao controle social e diz respeito à democratização do sistema. Desde o início sua regulamentação infraconstitucional foi problemática e os espaços de construção participativa e coletiva, gestores, profissionais e

população usuária tem-se tornado cada vez mais desprestigiados (ALMEIDA, 2003). Apesar de ser reconhecido que “houve um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, p. 48), persistem impedimentos diversos à plena realização do controle social. Um dos pontos mais destacados na Conferência foi a falta de autonomia frente ao poder executivo, além de outros, como a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde.

No cenário em que se encontram as políticas nacionais de saúde repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social. Retoma-se, aqui, a hipótese de que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde. Lembrando Teixeira (2004, p. 39), o debate sobre a promoção da saúde pode, nesse momento,

adquirir um significado estratégico, na medida em que se constitua como um dos referenciais que ajudem a retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto da reforma sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS e pressupõe a formulação e a implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como propósito a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos sociais, de modo a reduzir desigualdades sociais, promovendo a equidade e justiça no acesso às oportunidades de trabalho, melhoria dos níveis de renda e garantia das condições de segurança e acesso à moradia, educação, transporte, lazer e serviços de saúde.

Considerações finais

A abordagem proposta para discutir o tema inclui categorias intensamente debatidas no campo da saúde, como a equidade, integralidade, universalidade, descentralização, necessidades de saúde e participação social. São aspectos polêmicos na medida em que dizem respeito a uma questão crucial colocada como título de um artigo de Célia Almeida

(2003): *O SUS que queremos: um sistema nacional de saúde ou subsetor público para os pobres.*

Reafirma-se a posição segundo a qual refletir a ação profissional do assistente social no campo da saúde importa em fazer opções sobre os recortes a serem abordados, uma vez que o caminho percorrido e os desdobramentos atuais da interface Serviço Social e Saúde são amplos e diversificados. Reafirma-se, também, o entendimento de que as questões colocadas hoje unicamente são possíveis em face da trajetória histórica entre Serviço Social e saúde, por se considerar que as ações profissionais atuais incorporam e aprimoram práticas realizadas ao longo do tempo, na maioria das vezes com persistência no eixo da prática clínica (BRAVO, 1996), adequando-as às exigências atuais. Esse recorte permite reconhecer a tradição do Serviço Social e a riqueza do arsenal teórico e técnico da experiência acumulada na interface com a área da saúde e, partindo desse patamar, contribuir para a densidade teórico-metodológica das ações desenvolvidas. Tal contribui para delimitar, de forma mais explícita, o espaço profissional do assistente social, inscrevendo a profissão igualmente no campo da saúde face ao adensamento desse campo nos últimos anos.

A construção dessa abordagem no campo profissional pode encontrar resistências significativas e, portanto, a sua efetivação depende das respostas que os profissionais do campo da saúde possam dar para o avanço e consolidação do SUS. E, para concluir, enfatiza-se que:

As conclusões, prudentemente, são provisórias e cobram continuidade, como se espera de todo o trabalho científico responsável, em particular num campo conceitual e de prática novo, que, entretanto, vem se firmando como um espaço de esperança, diante de tantas iniquidades e esforços muitas vezes vão e caros para melhorar a saúde individual e coletiva nas sociedades contemporâneas (BUSS, 2004).

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. M. **O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres?** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2003. v. 8, n. 2, p. 346-352.

BARROCO, M. L. S. **A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social**. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2004. n. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 março de 2006**. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html>. Acesso em: 12 de maio 2006. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://textocsp.bvs.br/metaiah/metaiah.php?lang=pt&topic=429&graphic=yes>. Acesso em: 15 maio 2006b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2002.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes**. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.br/cns/>>. Acesso em 12 dez. 2001.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão**. *Revista Economia Contemporânea*. Rio de Janeiro: 1999. v. 3, n. 2, p. 97-123.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004. v. 9, n. 3, p. 745-749.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado**. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 07 jul. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Intervenção Profissional do Assistente Social no Campo da Saúde**. 1990. (Mimeo).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Pacto pela Saúde 2006**. Disponível em:

<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=4249>. Acesso em: 16 maio 2006.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2000. n. 62.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M.W.; MORETTO, A. **O trabalho no setor saúde**. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 175- 216.

FEUERWERKER, L. C. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde**: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. Botucatu, 2005. v. 9, n. 18, p. 489-506.

LUZ, M. T. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80**. In: Saúde em Debate. Londrina, 1991. n. 32, p. 27-32.

MARCONDES, W. B. **A convergência de referencias na Promoção da Saúde**. In: Saúde e Sociedade. São Paulo, 2004. v.1, n. 1, p. 5-13,

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na Saúde nos anos noventa**. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, 2003. v. 74.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade**. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2004. v. 9, n. 4. Disponível em: <www.scielo.com.br> Acesso em: 07 jul. 2005.

MENEZES, M. T. C. G. **Em busca da teoria**: Políticas de Assistência Pública. São Paulo: Cortez, 1993.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Práxis en Salud: um desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. *et al.* **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004a.

_____. **O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, XI, 2004b, Porto Alegre. Anais do XI ENPESS.

NOGUEIRA, V. M. R. **A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social.** In: *Textos e Contextos*, 2003.

_____. **O Direito na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda.** 2002. Tese (Doutorado em enfermagem) – Faculdade de enfermagem, UFSC. Florianópolis, 2002a.

_____. **O direito à saúde na sociedade contemporânea.** In: *Ser Social*. Brasília: UnB, 2002b. v. 10, p. 09-32.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. **Direito à saúde - convite à reflexão.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2004. v. 20, n. 3, p. 753-760.

OPAS. **La salud y el desarrollo humano.** Informe Anual del Director -1998. Organização Pan-americana de Saúde. Mimeo. 2001

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

TEIXEIRA . C. F. **Formulação e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades.** In: *Saúde e Sociedade* São Paulo: USP, 2004. v.13, n. 1.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, A. L. A.; *et al.* **Mudanças Significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*. 2002. v.18, p.139-151.

WIESE, M.L. **Representação Social do Binômio Saúde/Doença e sua relevância para o Serviço Social.** In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, VIII, 2002, Juiz de Fora. Anais do VIII ENPESS.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias de *et al.* **Mudanças Significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** In: *Cad. Saúde Pública*, 2002. vol.18, p.139-151.

WIESE, M.L. **Representação Social do Binômio Saúde/Doença e sua relevância para o Serviço Social.** In: VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2002, Juiz de Fora - MG. Anais do VIII Congresso Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2002. v. 01.