

ESTUDO DE DEMANDA DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Demand study of the Social Work in a Primary Health Care Unit

Priscila Mendonça Ferreira¹,
Caren Serra Bavaresco², Caroline Maria Bonacina³

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar as demandas trazidas pelos usuários ao Serviço Social em uma Unidade de Saúde, localizada no município de Porto Alegre/RS. Para o levantamento dos dados, foram considerados os atendimentos realizados pela assistente social residente no período de janeiro a junho de 2007. Através dos dados obtidos, propõe-se discutir a inserção do assistente social em um serviço de Atenção Primária à Saúde, considerando a necessidade de conhecer e dar visibilidade àquilo que é específico do Serviço Social.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

This article aims to present the main demands brought by users to the social service of a basic health unit located in Porto Alegre, RS. For survey data, the consultations conducted by the resident social worker during the period from January to June 2007 were considered. Based on this data, discussion is offered on the inclusion of a social worker in a primary health care service, considering the need to know and give visibility to what is specific to social work.

KEYWORDS: Primary Health Care; Social Work.

INTRODUÇÃO

Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, foi proposta a meta “Saúde para todos no ano 2000”, sendo esta assumida pelo Brasil no ano seguinte.¹ No Brasil, a década de 80 foi marcada por movimentos sociais reivindicatórios, pois, a partir desse período, o país passou por um processo de democratização. Em relação à saúde, aconteceram grandes avanços históricos, merecendo destaque o movimento pela reforma sanitária, o qual destacava a melhoria nas condições de saúde da população, a universalização do direito à saúde, a responsabilização do aparelho estatal pela promoção desta, a integralidade, a equidade, a reorganização do sistema e a descentralização da responsabilidade. Nesse momento

histórico do país, vigorava a Lei Eloy Chaves (1923) que garantia atenção à saúde somente aos segurados previdenciários e seus dependentes, ou seja, para os inseridos no mercado de trabalho formal.²

As propostas de transformações desencadeadas pela Conferência Internacional de 1978 exigiram a formulação de estratégias para atender a uma demanda exponencialmente maior, sendo necessária a reorganização do sistema de saúde. Para tanto, planejou-se criar uma estrutura de descentralização do cuidado à saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ao encontro da proposta, preconizando o fácil acesso dos usuários e a continuidade da atenção, sendo a principal responsável pela coordenação dos cuidados em saúde. Cabe ressal-

¹ Priscila Mendonça Ferreira, assistente social da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Especialista em Saúde da Família e Comunidade - GHC/RS

² Caren Serra Bavaresco, cirurgião dentista - SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora de Odontologia - Projeto Telessaúde RS. Mestre e doutora em Bioquímica - UFRGS. Pós-doutoranda em Epidemiologia - UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br

³ Caroline Maria Bonacina, residente de Odontologia pelo Programa de Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição

tar que os profissionais atuantes nesse nível da atenção à saúde estão mais próximos da realidade dos usuários, sendo capacitados para identificar as demais associações no processo saúde-doença e identificar necessidades de referenciamento aos níveis secundário e terciário.³

A APS está alicerçada em quatro conceitos fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.³ O conceito de *primeiro contato* consiste na garantia do acesso e na utilização do serviço como o primeiro recurso identificado pela população e pela equipe quando a saúde é acometida por um agravo. A *longitudinalidade* implica em manter o vínculo com o usuário ao longo do tempo, dando conta das diferentes demandas que surgem ao longo de sua vida.

A *coordenação* do cuidado consiste na responsabilidade do nível primário de organizar o atendimento aos usuários, mesmo quando houver a necessidade de referência aos demais níveis de atenção à saúde. A *integralidade* se propõe a compreender o usuário como um todo, considerando a sua subjetividade. Reconhecer o usuário como um sujeito inserido em um contexto social no qual existem valores, organizações e realidades próprias que fazem parte do funcionamento da própria comunidade. Conhecer esse funcionamento é um ponto primordial para o desenvolvimento das ações em saúde.³

Para Teixeira⁴, o fato de a APS ser considerada como “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para um grande número de outras demandas sociais, cria a necessidade de um olhar multiprofissional e de uma articulação intersetorial. Nesse contexto multidisciplinar, cabe ao Assistente Social estudar e conhecer a realidade social dos usuários, propondo ações adequadas às suas necessidades.

Conforme Iamamoto⁵, o assistente social tem como objeto de trabalho a questão social apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades sociais e das resistências. As desigualdades sociais são expressas através do desemprego, pela falta de acesso à moradia, à educação, à saúde, à renda, e através da exploração em todas as suas formas, entre outras. A luta pelo acesso e pela garantia aos direitos torna-se um grande desafio, exigindo constante problematização das situações apresentadas no cotidiano da nossa prática, sendo cada vez mais importante a discussão desses processos sociais enquanto categoria profissional. Logo, os movimentos de resistência, em qualquer sociedade, são fundamentais para a conquista e efetivação dos direitos.

Nessa perspectiva, conforme aponta Vasconcelos⁶, torna-se necessário contemplar as transformações sociais, econômicas, históricas e culturais, com o intuito de articular à realidade social, uma “ação profissional pensada, cons-

ciente e dinâmica”. Esse processo potencializa uma leitura crítica da realidade, na busca da superação do imediatismo e das ações pontuais que, na maioria das vezes, responde de forma paliativa às necessidades dos usuários. Para tanto, a pesquisa torna-se um importante instrumento para conhecer a realidade em que trabalhamos, confere subsídios à nossa prática e é base para o planejamento das nossas ações.

As unidades de saúde que contam com um serviço baseado na intervenção multidisciplinar, ancorados nos princípios da APS, tornam-se um campo fértil para atuação do assistente social, visto que o cuidado integral abrange muito mais que o adoecer biológico, mas a contextualização da realidade na qual estão inseridos os usuários que atendemos. Considerando que a própria lei do SUS ampliou o conceito de saúde, não reduzindo somente ao bem estar físico do ser humano, mas a outros fatores condicionantes, que no seu conjunto favorecem para uma vida mais saudável, “condições de bem estar físico, mental e social”⁷, torna-se importante a inserção do assistente social na composição das equipes de saúde.

Em suma, considerando-se a relevância da atuação do assistente social em APS, a presente pesquisa teve por objetivo conhecer as demandas trazidas pelos usuários ao Serviço Social de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, nos atendimentos realizados pela residente de segundo ano de Serviço Social no período de janeiro a junho de 2007. Através dos dados obtidos, propõe-se a discutir a inserção do assistente social em um serviço de Atenção Primária à Saúde, considerando a necessidade de conhecer e dar visibilidade àquilo que é específico do Serviço Social.

É um estudo transversal, descritivo, em que se utilizou, como fonte para obtenção dos dados, os prontuários dos usuários cadastrados na Unidade de Saúde. A amostra de pesquisa inicial constituía-se de 55 usuários, os quais foram atendidos pelo Serviço Social no período de janeiro a junho de 2007. Devido à recusa de dois usuários em participar do estudo, da mudança de endereço de seis usuários e a não localização de 12 usuários, a amostra final da pesquisa foi constituída de 35 usuários.

O critério de inclusão para a pesquisa consistiu no fato de o usuário ter procurado, de forma espontânea ou por encaminhamento, o Serviço Social da Unidade no período referido. Foram considerados todos os atendimentos ambulatoriais, sendo excluídos atendimentos com grupos e visitas domiciliares. Para a participação no estudo, os participantes deveriam estar de acordo com a pesquisa através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira parte do instrumento serviu para conhecer o perfil dos usuários e a segunda parte abordou os aspectos relacionados ao motivo da procura pelo Serviço Social e o tipo de encaminhamento quando necessário.

Em um primeiro momento, realizou-se a coleta de dados nos prontuários dos usuários, identificando os motivos que demandaram o atendimento. A fim de categorizar o motivo da procura, considerou-se o que trouxe o usuário ao atendimento, ou seja, demanda explícita, enquanto, para as demandas implícitas, consideraram-se os demais aspectos relatados não referidos pelo usuário, mas percebidos pela assistente social. Posteriormente, realizamos as visitas domiciliares para a realização da pesquisa.

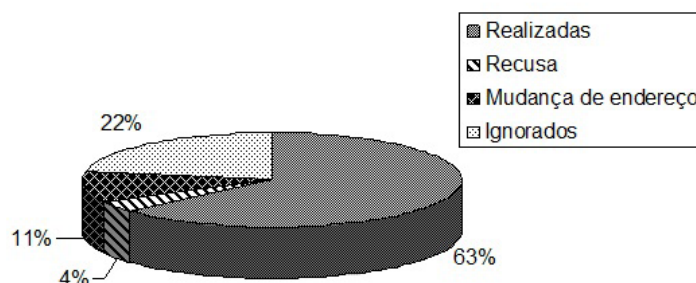
Para a avaliação dos dados, foi realizada análise descritiva, sendo os dados expressos sob forma percentual conforme a variável estudada. Contudo este estudo não

esgota o tema da proposta apresentada, mas objetiva contribuir para pesquisas futuras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados, contou-se com 35 entrevistas (63%), as quais se consideram como específicas para melhor detalhamento deste estudo (Figura 1). Doze entrevistas (22%) não foram realizadas, as quais se configuraram como contato ignorado, devido à dificuldade de localizar o usuário.

Figura 1 - População estudada pelo Serviço Social, US/Porto Alegre, jan-jun/2007.

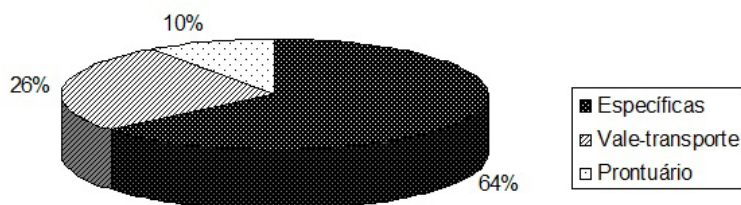


Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados demonstram que 64% dos atendimentos (Figura 2) referem-se a demandas específicas para o Serviço Social, ou seja, referentes a situações que expressam algumas das mais diversas refrações da questão social. Os outros 36% correspondem a atendimentos que não necessitariam da intervenção direta do assistente social. A distribuição de vales-transporte não deveria ser atribuída somente ao Serviço Social, pois o recurso é do serviço como

um todo, logo as demais categorias poderiam também avaliar a distribuição do mesmo. Para a abertura/inclusão em prontuário de família, o Serviço Social pode contribuir de maneira importante para a avaliação sociofamiliar, buscando compreender as relações e o contexto no qual estão inseridas. Portanto a atuação do assistente social soma-se ao fluxo de abertura/inclusão em prontuário, não havendo a necessidade de tomar para si o protocolo administrativo.

Figura 2 - Motivo de procura do Serviço Social, US/Porto Alegre; jan- jun/2007.



Fonte: dados da pesquisa.

Após análise, verificou-se que 80% dos atendimentos que chegaram ao Serviço Social caracterizaram-se como procura espontânea dos usuários, 14% foram encaminhados por parte de outro profissional da equipe e 6% representaram retorno agendado pela assistente social. A opção “encaminhado por outra instituição” constou no instrumento, porém não houve nenhuma ocorrência de encaminhamento.

Referindo-se ao tipo de procura por atendimento do Serviço Social durante o plantão, Vasconcelos⁸ cita um levantamento realizado em 1998 por um grupo de assistentes sociais em três unidades de saúde. No período de três meses, verificou-se que 46,9% dos usuários procuraram o plantão do Serviço Social espontaneamente e que 34,9% dos usuários foram provenientes de encaminhamentos internos, no qual estão incluídos os encaminhamentos de outros profissionais de saúde no serviço. Essa diferença sugere que ainda há dificuldade referente ao trabalho em equipe, talvez o desconhecimento por parte de outros profissionais referente às atribuições do assistente social dificulte essa integração. Aqui cabe indagar: reconhecemos a APS como um campo de intervenção também para o assistente social? Como estamos contribuindo na equipe e na comunidade onde estamos inseridos? Para Bravo e Mato⁹, se estivermos comprometidos com a articulação entre o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social, podemos compreender se estamos de fato contribuindo de forma qualificada.

No estudo referido por Vasconcelos⁸, verificou-se que 62,9% dos atendimentos destinaram-se às mulheres e que 37,1% dirigidos aos homens. Nesta pesquisa constatamos que 82,86% dos nossos atendimentos dirigiram-se às mulheres e 17,14% destinaram-se aos homens.

Quanto aos percentuais referentes à escolaridade (Tabela 1), podemos observar que a maioria dos usuários cursou entre a 2ª e 4ª série do Ensino Fundamental (37,14%). Importante destacar que, neste estudo, nenhum usuário declarou ter cursado apenas a 1ª série do Ensino Fundamental, porém a porcentagem de usuários que não frequentaram a escola e que se declararam não alfabetizados é bastante expressiva (14,29%).

Tabela 1 - Grau de instrução dos usuários do Serviço Social, US/Porto Alegre, jan.- jun./2007.

Grau de instrução	N	%
Não alfabetizado	5	14,29
2ª a 4ª série	13	37,14
5ª a 7ª série	10	28,57
1º grau	3	8,57
2º grau	4	11,43
Total	35	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere ao desempenho de atividade remunerada, 62,86% dos usuários declararam estar inseridos em alguma atividade, enquanto 37,14% declararam não exercer nenhuma atividade remunerada. A atividade laboral que mais se destacou foi o trabalho como doméstica/faxina (Tabela 2).

Tabela 2 - Atividade laboral exercida pelos usuários do Serviço Social, US/Porto Alegre, jan.- jun./2007.

Atividade laboral	N	%
Doméstica/faxina	7	31,82
Auxiliar de serviços gerais	5	22,73
Ajudante de obras	2	9,09
Biscates	1	4,55
Coleta de materiais recicláveis	1	4,55
Auxiliar de jardinagem	1	4,55
Doméstica e cuida do sobrinho	1	4,55
Doméstica e coleta latinha	1	4,55
Estágio	1	4,55
Preparo de lanches/quentinhas	1	4,55
Vendedor de alho	1	4,55
Total	22	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

É preocupante a pequena porcentagem de usuários que possui carteira de trabalho assinada, apenas 27,27%, enquanto 72,73% trabalham sem vínculo empregatício.

Com relação à contribuição para previdência social, dos 62,86% usuários que exercem alguma atividade remunerada, apenas 31,82% contribuem para previdência social. Esse importante dado que compõe o quadro da atual conjuntura brasileira, aponta como é precária a questão do trabalho e educação no país, pois a falta destes reflete no modo e condição de vida da população.

A busca por inserção em algum benefício da previdência social caracterizou-se por ser a maior demanda neste estudo, apontado em 16,36% dos atendimentos (Tabela 3). Observamos que muitos usuários desconhecem os critérios de acesso à previdência, geralmente não possuem o número de contribuições necessárias ou nunca contribuíram para o sistema. A circunstância é exacerbada quando a saúde é acometida por um agravo, sem ter vínculo com a previdência, por esta ser uma política contributiva e, mediante a dificuldade de acesso à política de assistência social e até mesmo a ineficiência desta, o usuário fica sem alternativas, pois não há nenhuma política específica que

incorpore trabalhadores economicamente ativos, porém não contribuintes. Sem alternativas, o usuário mantém-se no mercado ativo, fato que, na maioria das vezes, acaba agravando o estado de saúde e podendo implicar no afastamento definitivo do trabalho exercido.

O mercado de trabalho, cada vez mais, exige aprimoramento técnico, porém não foram providas condições suficientes para que todos possam competir de forma mais igualitária. O desemprego dificulta o acesso a bens e serviços; sem poder de compra o sujeito não consome, logo é excluído. Esse “ciclo da exclusão” é fruto de uma sociedade que coloca as condições de “ter” acima das condições de “ser”.¹⁰

Com a crise do desemprego e os consideráveis índices de pobreza no país, surge a necessidade de mecanismos que venham suprir as necessidades básicas da população mais desprovida. As políticas sociais implantadas pelo Estado surgem como alternativas para o enfrentamento da desigualdade social. Conforme Couto¹¹, as políticas sociais públicas servem para garantir, através da intervenção do Estado, os direitos sociais expressos pelo direito à educação, à saúde, ao trabalho, à assistência e à previdência.

Tabela 3 - Demandas explícitas dos usuários do Serviço Social, US/Porto Alegre, jan.- jun./2007.

Demandas	N	%
Previdência Social	9	16,36
Situação/Conflito familiar	6	10,91
Declaração	5	9,09
Creche	4	7,27
Aval. Psicossocial LT/Vasectomia	4	7,27
SIMM	4	7,27
Programa Social	3	5,45
Medicação em falta	2	3,64
Passe-livre	2	3,64
Currículo	2	3,64
Causa trabalhista	2	3,64
SASE	2	3,64
Outros	10	18,18
Total	55	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

Historicamente, as políticas sociais têm se revelado como ações fragmentadas, setorializadas e compensatórias, visto que são direcionadas por segmentos, não são articuladas e atendem de forma paliativa. Dessa forma, perdem a

condição de emancipação do sujeito e de promoção da autonomia, a partir do momento em que generaliza as demandas dos usuários. Dentre as políticas de Seguridade Social, destacamos a política de assistência social que, desde sua origem, teve atribuída à sua identidade o caráter de benevolência, atuando de forma compensatória.¹² Possui critérios altamente seletivos e excludentes e o usuário tem que provar seu “fracasso” para acessar o que lhe é garantido por lei.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) surge, em 2005, com o desafio de romper com esse paradigma e fortalecer uma política de assistência social alicerçada e comprometida com a universalização dos direitos sociais. Uma de suas diretrizes apresenta a família como eixo central e conduz, portanto, a política de assistência social ao desafio de superar ações focalistas.

Segundo dados do IBGE¹³, vêm ocorrendo uma diminuição no número de membros que compõem a família. No censo realizado em 1991, verificou-se que a média de pessoas na família era de 3,9, enquanto a censo do ano de 2000 apresenta uma média de 3,5 pessoas. Esses dados divergem da realidade que encontramos nessa população porque a composição do grupo familiar aproximou-se de quatro a seis membros (Figura 4).

Tabela 4 - Número de membros que compõem o grupo familiar dos usuários do Serviço Social, US/Porto Alegre, jan.- jun./2007.

Nº membros	N	%
1 - 3	11	31,43
4 - 6	22	62,86
7 - 9	2	5,71
Total	35	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Outro dado importante corresponde ao tipo de moradia. 51,43% dos usuários possuem suas casas em área verde, sendo que algumas estão em processo de regularização cujos trâmites legais são lentos. Muito desses locais carecem de infraestrutura básica, criando a necessidade de ligações elétricas e hidráulicas clandestinas, aumentando o risco de acidentes provenientes de choques, incêndios e doenças devido à falta de saneamento básico.

As demandas atendidas pelo Serviço Social, consideradas, para este estudo, como específicas, estão basicamente relacionadas a orientações e encaminhamentos. As questões relacionadas à previdência social destacaram-se por haver maior procura (16,36%) e englobaram desde informações gerais até contato para agendar perícia médica. A denominação “outros”, responsável por 18,18%

dos atendimentos, utilizamos para agrupar demandas que apareceram uma única vez, como Defensoria Pública, corte de árvore, transporte social, violência intrafamiliar, interdição, cursos, lugares para realização de exames anti-HIV, comunicar falecimento de familiar e informar alta hospitalar de familiar.

As situações e conflitos familiares, envolvendo desde conflitos entre pais e filhos a esclarecimentos sobre tutela, revelaram 10,91% dos atendimentos. A solicitação de declarações representou 9,09% dos atendimentos, destinadas à comprovação de endereço, ao encaminhamento para regularização de guarda, a isenção de taxas para confecção de documentos e para busca de auxílios para melhoria em moradia. Os encaminhamentos para creche (7,27%) representam uma das dificuldades, pois não há creche comunitária que atenda a área e as duas que existem estão superlotadas.

A avaliação psicossocial para a realização de métodos contraceptivos definitivos (7,27%), como laqueadura tubária (LT) e vasectomia, consiste em realizar abordagem individual com quem irá submeter-se ao método e, posteriormente, com o casal. Avaliação social para concessão de medicamentos pelo SIMM – Solicitação Interna de Medicamentos e Materiais – (7,27%) foi instituída no grupo hospitalar desse serviço em 2007, com objetivo de baixar o custo das despesas, visto que, muitas vezes, as medicações são solicitadas ao hospital para assegurar o tratamento, devido à dificuldade de acesso do usuário a medicações com alto custo e a demora do Estado em tomar providências. Essa realidade também expressa nas demandas relacionadas à falta de medicação (3,64%), sendo que, em um dos casos, já havia protocolo na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado com processo deferido, porém a medicação estava em falta e sem previsão de chegada.

Informações sobre passe-livre, encaminhamentos para o Serviço de Apoio Sócio-Educativo (SASE), ajuda para fazer o currículo, orientações sobre causas trabalhistas demandaram 3,64% dos atendimentos cada.

Muitos usuários acabam por solicitar informações gerais sobre a política de assistência social em uma unidade de saúde por considerar o serviço de fácil acesso, devido aos princípios que norteiam a prática em APS. Embora estivéssemos em uma instituição vinculada à política de saúde, a maioria da população usuária geralmente não faz distinção entre as políticas de saúde e assistência social. Acreditamos que muito seja pelo fato de confundir o profissional assistente social com a política de assistência social, e, às vezes, esse equívoco também aparece na fala e conduta de outros profissionais que compõem a equipe.

Em relação às demandas implícitas, foram identificadas situações envolvendo vulnerabilidade e risco social,

expressas através do desemprego, falta de saneamento básico, alcoolismo e a dificuldade de adesão ao tratamento médico. Outras demandas identificadas correspondem a desconhecimento sobre os direitos por parte do usuário; negligência/conflito familiar; usuário sem profissional de referência na unidade de saúde; a falta de rede de apoio ou vínculos familiares fragilizados de alguns usuários poderia justificar em parte a grande frequência na utilização da unidade de saúde. O reconhecimento da demanda implícita é difícil, pois são “demandas ocultas, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas”⁸, portanto requer um exercício de articulação e contextualização do profissional com relação ao usuário. Trabalhar com demandas implícitas também requer trabalhar com conscientização, pois, na maioria das vezes, o que identificamos não é percebido como relevante para o usuário. Este geralmente concentra-se em resolver brevemente o que o motivou para procurar o Serviço Social, portanto trabalhar com demandas implícitas requer atenção, a fim de buscar uma visão mais ampliada do contexto.

Quanto aos encaminhamentos para outros serviços, avaliamos ser necessário em 57,63% dos atendimentos, predominando encaminhamentos à Defensoria Pública (11,76%) e à Previdência Social (11,76%) (Tabela 5). Ocorreram situações que, devido à demanda apresentada, houve necessidade de realizar encaminhamento para mais de um serviço. Houve situações em que a necessidade de encaminhar para determinado serviço ocorreu uma única vez.

Tabela 5 - Serviços para onde foram encaminhados os usuários do Serviço Social, US/Porto Alegre, jan.-jun./2007.

Serviço	N	%
Previdência Social	4	11,76
Defensoria Pública	4	11,76
Conselho Tutelar	3	8,82
Creche	3	8,82
Cartório de Registro Civil	2	5,88
CRAS	2	5,88
DRT – Plantão Fiscal	2	5,88
Farmácia do Estado	2	5,88
SASE	2	5,88
GAPA	1	2,94
Centro de Saúde	1	2,94
APAE	1	2,94
Cooperativa	1	2,94
Instituto de Identificação	1	2,94
Central de Marcação	1	2,94
Delegacia do Idoso	1	2,94

Ministério Público	1	2,94
Gerência Distrital - Leste	1	2,94
SINE	1	2,94
Total	34	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos encaminhamentos para outras categorias, avaliamos a necessidade em 30,56%, sendo a maioria (81,82%) dirigida aos médicos.

Os 81,82% dos encaminhamentos realizados à categoria médica referiram-se à necessidade de pedidos pelo SIMM; situações de usuários sem profissional médico de referência; necessidade de avaliação clínica conforme o fluxo de solicitação de métodos contraceptivos definitivos; atestados para encaminhar interdição, passe-livre ou para apresentar na perícia médica na previdência social e a falta de medicação e preenchimento de formulários para protocolos na Farmácia do Estado.

CONCLUSÃO

Em suma, os resultados demonstraram a importância da pesquisa como instrumento de planejamento. Considerando que os serviços de saúde são importante porta de entrada para as diversas expressões da questão social, surge a discussão sobre a atuação do assistente social na APS. Sendo a saúde um campo privilegiado para a inserção do assistente social, faz-se necessário discutir sobre a especificidade da profissão, pois a incorporação de demandas consideradas não específicas à categoria reduz o potencial profissional e fere o projeto ético-político da profissão. A atitude de não problematizar o cotidiano do trabalho e apenas reproduzir a lógica do sistema acaba por reforçar a predominância de políticas seletivas, excludentes e focalistas, conforme a influência do projeto neoliberal vigente. Nessa perspectiva, torna-se necessário estar atento às transformações sociais, econômicas, históricas e culturais, com o intuito de articular, à realidade social, uma ação profissional planejada, crítica e propositiva.

REFERÊNCIAS

1. Aleixo JLM. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Rev Mineira Saúde Pública*. 2002; 1(1):1-16.
2. Cohn A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PEM. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 3ª ed. São Paulo: Cortez: CEDEC; 1999.

3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; 2002.

4. Teixeira RR. *Humanização e Atenção Primária à Saúde*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):585-97.

5. Iamamoto MV. *O Serviço social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas*. Fortaleza: CRESS-CE; 1997.

6. Vasconcelos AM. *Serviço social e práticas democráticas na saúde*. In: Mota AE, organizador. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2006.

7. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Sistema Único de Saúde*. In: *Coletânea de Leis*. Porto Alegre: Conselho Regional de Serviço Social/RS; 2000.

8. Vasconcelos AM. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez; 2003.

9. Bravo MIS, Matos MC. *Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate*. In: Bravo MIS, organizador. *Saúde e serviço social*. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.

10. Campos A, Pochmann M, Amorim R, Silva R, organizadores. *Atlas da exclusão social no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.

11. Couto BR. *O Direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez; 2004.

12. Sposati A. *Primeiro ano do sistema único de assistência social: serviço social e sociedade*. São Paulo: Cortez; 2006.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tabulação avançada do Censo 2000*. [Citado 2007 set. 02]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm>>.

Submissão: agosto/2012

Aprovação: outubro/2012
