

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS URUGUAIANA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

LUCÉLIA AMARAL GOMES

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: AS POSSIBILIDADES DE
MATERIALIZAÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**URUGUAIANA, RS
2018**

LUCÉLIA AMARAL GOMES

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: AS POSSIBILIDADES DE
MATERIALIZAÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Rosilaine Coradini
Guilherme

**Uruguaiana
2018**

LUCÉLIA AMARAL GOMES

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: AS POSSIBILIDADES DE
MATERIALIZAÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Residência defendido e aprovado em: 17 de dezembro de 2018.
Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rosilaine Coradini Guilherme
Orientadora/Presidente

Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva - UNIPAMPA

Profa. Me. Vanessa Alvez Mora da Silva
Curso de Medicina - UNIPAMPA

Assistente social especialista, Maicon Luis Minho
Serviço Nacional do Comércio (SENAC-Uruguaiana)

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
Introdução	08
Percurso metodológico	09
Saúde e Serviço Social: uma relação histórica em constante movimento	12
Assistente social na política pública de saúde: desafios e perspectivas desse contexto	18
A produção científica sobre Serviço Social na Saúde Coletiva: ainda temos que trilhar o caminho	21
Considerações finais	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A – Normas da Revista Barbarói	29

O presente Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado “SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE”, aqui apresentado no formato de artigo científico, seguirá as normas da Revista Barbarói, Revista do Departamento de Ciências Humanas, da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) (ANEXO A).

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COLETIVA: AS POSSIBILIDADES DE
MATERIALIZAÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE**

**SOCIAL SERVICE IN COLLECTIVE HEALTH: THE POSSIBILITIES OF
MATERIALIZATION OF EXTENDED CONCEPT OF HEALTH**

Lucélia Amaral Gomes¹
Rosilaine Coradini Guilherme²

RESUMO

Este artigo tem por temática central o Serviço Social na Saúde Coletiva e objetiva analisar o trabalho do assistente social no processo de materialização do conceito ampliado de saúde, a fim de enfatizar a importância da inserção desse profissional na Atenção Primária à Saúde (APS). O Serviço Social, como área de conhecimento das ciências sociais e humanas e como profissão do campo da saúde, contribui, através de seus instrumentais, para a efetivação de direitos sociais, com destaque para o direito à saúde em sua forma mais ampliada. A motivação pelo estudo advém da experiência como residente junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa/RS). O presente artigo foi elaborado com base em uma pesquisa bibliográfica, que se caracterizou como qualitativa de natureza exploratória, e se estruturou com base no método dialético-crítico. A produção científica sobre a temática ainda é incipiente, portanto, o saber sobre as contribuições do assistente social na Saúde Coletiva é um caminho ainda a ser trilhado. Considera-se que as contribuições do assistente social na Saúde Coletiva, para a materialização do conceito ampliado de saúde, se instituem pelo fato de esse profissional poder incidir, através da sua área de conhecimento, na transformação da realidade, ampliando o olhar para diferentes esferas da vida que condicionam e determinam o processo saúde-doença dos sujeitos, bem como questionar, de maneira propositiva, práticas tradicionais em um campo em que predomina o saber biológico.

Palavras-chave: Assistente Social. Saúde Coletiva. Conceito ampliado de saúde.

¹ Assistente social, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), residente em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa). E-mail: luc_celia@hotmail.com

² Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela PUC-RS, Professora Adjunta do Curso de Serviço Social e do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA - RS. E-mail: rosilaineguilherme@unipampa.edu.br

SOCIAL SERVICE IN COLLECTIVE HEALTH: THE POSSIBILITIES OF MATERIALIZATION OF EXTENDED CONCEPT OF HEALTH

ABSTRACT

This article has as central theme social service in collective health and aims to analyse the work of the social worker in the process of materialisation of the extended concept of health, to emphasize the importance of this professional in Primary Health Care (PHC). Social Service, as a human and social science area and as a health profession, contributes, through its instruments, to social rights effectiveness, highlighting health care rights, in its broader meaning. The motivation for this study comes through the experience as a resident in the Multi-professional Integrated Residency Program in Collective Health by Universidade Federal do Pampa (Unipampa/RS). This article was elaborated based on a bibliographical research, which is characterized as qualitative with exploratory nature, also has its structure based on dialectical-critical method. Scientific production on the theme is still incipient, therefore, the knowledge about social worker contributions in collective health is still a road to discover. It is considered that these contributions are instituted by the fact that this professional being able to focus, through their area of knowledge, in transforming the reality, extending the view to different aspects of life that condition and determine the health-illness process of the subjects, as well as questioning, in a propositional way, traditional practices in a field where biological knowledge prevails.

Keywords: Social Worker. Collective Health. Extended concept of health.

Introdução

Este artigo tem por temática central o Serviço Social na Saúde Coletiva, sendo que a sua construção foi motivada mediante a experiência da autora como residente junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Campus Uruguaiana/RS. A partir da vivência no referido programa, foi possível perceber as contribuições do Serviço Social para a efetivação de direitos sociais – de modo especial, os direitos de saúde dos usuários –, bem como para a materialização do conceito ampliado de saúde em Estratégias de Saúde da Família, serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

A Saúde Coletiva é definida por Nunes (1994, p. 16) como uma “corrente de pensamento, movimento social e prática teórica”. A Saúde Coletiva se constitui, então, por um novo projeto teórico-político sobre a saúde, com novas práticas e saberes, que começou em meados da década de 1950 (NUNES, 1994) e teve sua consolidação no período da redemocratização do Brasil, ocorrida na década de 1980. Esse novo projeto de saúde visa apreender o coletivo, observando as suas dinâmicas e contradições, o qual é produto das relações sociais, culturais, econômicas, etc. e influencia a saúde e o bem-estar dos indivíduos nele presentes.

Não há como compreender a Saúde Coletiva sem apreender o conceito ampliado de saúde, que, apoiado por intensa mobilização social do período de redemocratização do Brasil e do movimento da Reforma Sanitária, expressa um entendimento de que saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, sendo determinada e condicionada pelas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a e posse da terra e acesso aos serviços de saúde a que os indivíduos estão sujeitos (FONSECA; CORBO, 2007).

O Serviço Social, como área do conhecimento das ciências sociais e humanas, bem como profissão no campo da saúde, orientado hegemonicamente pelo materialismo histórico-dialético, pode contribuir para a discussão dos saberes da Saúde Coletiva. A partir dessas concepções teóricas, suscitou-se o seguinte questionamento para a pesquisa: “Quais são as contribuições do trabalho do profissional de Serviço Social para a materialização do conceito ampliado de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde?”. Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é analisar o trabalho do profissional de Serviço Social no processo de materialização do conceito ampliado de saúde, a fim de enfatizar a importância da inserção do assistente social na APS.

O artigo está dividido em seis seções. Esta primeira seção, a introdução, abre o estudo; na segunda sessão, nomeada de percurso metodológico, será apresentada a metodologia usada para a sua elaboração. Na terceira seção, pretende-se contextualizar historicamente o Serviço Social na Saúde Coletiva, a fim de destacar as atribuições e competências profissionais do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais do campo da saúde, discutindo, também, a materialização do conceito ampliado de saúde. Na quarta seção, serão explicitados os desafios e as perspectivas do trabalho do assistente social no campo da saúde, com o intuito de discutir a contribuição da inserção do assistente social junto às equipes de saúde da família. Na quinta seção, será apresentado o mapeamento da produção científica na área de conhecimento do Serviço Social na Saúde Coletiva, visando refletir a respeito das possíveis contribuições da profissão para a materialização do conceito ampliado de saúde na realidade da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Por fim, serão tecidas as considerações finais.

Percurso metodológico

Este artigo foi estruturado com base no método dialético-crítico e foi elaborado com duas bases: a primeira, a pesquisa bibliográfica, que se caracterizou como qualitativa de natureza exploratória, e a segunda base, a vivência teórico-prática junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e nos locais de prática, entre eles, duas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Uruguaiana/RS.

A coleta de dados para a pesquisa bibliográfica constituiu-se de um mapeamento da produção científica de revistas de conceito *qualis* A1 em Ciências Sociais Aplicadas - Serviço Social, conforme descrição da plataforma Sucupira da CAPES/MEC. O instrumento utilizado no processo de coleta de dados compreende um Roteiro Norteador³, que agregou diversas questões norteadoras relacionadas aos objetivos geral e específico do estudo.

³ Roteiro Norteador usado no processo de coleta de dados dos artigos da pesquisa bibliográfica:

1)	Quais são as particularidades do trabalho do assistente social no campo da saúde que contribuem para o processo de materialização do conceito ampliado de saúde?
2)	Qual é o instrumental técnico operativo usado no exercício profissional do assistente social inserido nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs)?
3)	O material científico produzido sobre o Serviço Social na Saúde Coletiva tem contribuições significativas para a reflexão sobre a contribuição da profissão na materialização do conceito ampliado de saúde?
4)	Qual a predominância de concepção e de promoção de saúde na atenção básica?

No âmbito da pesquisa bibliográfica, optou-se por uma amostra não probabilística intencional, isto é, todos os artigos científicos selecionados para análise nesta pesquisa obedeceram a critérios de inclusão e exclusão estipulados pela autora e foram acessados por meio virtual, diretamente na página virtual de cada Revista na *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Os critérios de inclusão foram: 1) os artigos publicados em periódicos de *qualis* A1 para a área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas - Serviço Social; 2) os artigos publicados entre os anos de 2010 e 2017 – a escolha por esse recorte temporal decorre do fato de que somente no ano de 2010 a Revista Serviço Social & Social, revista amplamente reconhecida no âmbito do Serviço Social, começou a disponibilizar seus periódicos de forma online; 3) os artigos de produção nacional – este critério foi escolhido porque o Serviço Social brasileiro tem características metodológicas diferenciadas do Serviço Social dos demais países, além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) só existe na sua versão brasileira; 4) os artigos que apresentaram em suas palavras-chave e/ou título ao menos um dos seguintes descritores: saúde coletiva, saúde da família, equipe de saúde da família, estratégia de saúde da família e conceito ampliado de saúde, sendo que obrigatoriamente deveriam constar os descritores Serviço Social e/ou processos de trabalho, tendo em vista os objetivos desta pesquisa.

Os critérios de exclusão consistiram, portanto, em: 1) os artigos que não foram publicados em periódicos de *qualis* A1 para a área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas - Serviço Social; 2) os artigos que foram publicados antes de 2010 e depois de 2017; 3) os artigos que não se configuraram como produção nacional; 4) os artigos que não apresentaram em suas palavras-chave e/ou título ao menos um dos seguintes descritores: saúde coletiva, saúde da família, equipe de saúde da família, estratégia de saúde da família e conceito ampliado de saúde, inclusive os que não constaram como descritores Serviço Social e/ou processos de trabalho.

Os dados foram contextualizados por meio da técnica de análise de conteúdo, sendo a principal referência a autora Laurence Bardin (2011). A construção do artigo baseou-se no método dialético-crítico, que consiste em “ver a vida como movimento permanente, como processo e provisoriedade, o que precisa ser contemplado na análise das formas e fenômenos sociais, de modo a superar uma visão estagnada de estados na medida em que se reconhece o movimento, o devir [...]” (PRATES, 2012, p. 118). Em outras palavras, o método dialético-crítico, ou dialética marxista, tem como princípio compreender e analisar a realidade,

observando seu movimento contínuo e dinâmico, através de três principais categorias de análise: a historicidade, a totalidade e a contradição.

De forma sucinta, a totalidade na dialética marxista é a visão do conjunto em todos os seus elementos, os quais são, também, totalidades, porém menores. Essa totalidade pode ser analisada somente quando combinada com a categoria historicidade, que, por sua vez, é a apreensão do processo do desenvolvimento das forças produtivas humanas, isto é, o trabalho. Por fim, a contradição “é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem” (KONDER, 2008, p. 47), ou seja, a contradição está presente em todos os processos da reprodução social.

Saúde e Serviço Social: uma relação histórica em constante movimento

A questão da saúde no Brasil foi sempre tratada de diferentes maneiras, conforme o cenário político-ideológico de cada época. A perspectiva de saúde enquanto direito social foi uma conquista da sociedade brasileira após intensos debates e mobilizações sociais em prol da redemocratização do país. Com o fim da ditadura militar, a Constituição Federal de 1988 foi criada e com ela se instituiu a política pública de Saúde, ao lado das políticas públicas de Previdência Social e de Assistência Social. Essas três políticas, juntas, estabelecem um sistema de proteção social baseado em direitos de cidadania, instituindo a lógica da Seguridade Social.

A Carta Magna brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 86). Dessa forma, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Federal nº 8.080, que estabelece que esse sistema materializará um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, por administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990). Desde então, têm sido criadas leis, portarias e decretos para regulamentar e organizar esse sistema nacional que atende milhões de brasileiros.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é tida internacionalmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde para responder a maior parte das necessidades dos usuários dessa política pública, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações de prevenção, promoção e assistência (MATTA; MOROSINI, 2006). No Brasil, o Programa

Saúde da Família (PSF), criado em 1994, conhecido, hoje, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), é a principal estratégia de implementação e organização da APS.

Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as equipes de Saúde da Família (eSF) presentes em unidades da APS são compostas, no mínimo, por: a) médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; b) enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; c) auxiliar e/ou técnico de enfermagem e d) agentes comunitários de saúde (ACS). Ainda podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em Saúde Bucal e agentes de combate às endemias (ACE).

O assistente social na APS do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como um profissional de apoio – “especialidade” – às equipes mínimas de saúde da família, portanto, geralmente, atua nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB)⁴. Através do apoio matricial⁵, os assistentes sociais do NASF dão suporte às eSF, no que tange às intervenções do Serviço Social quanto a questões de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários adscritos nas equipes de referência. No entanto, nem sempre o Serviço Social trabalhou nessa perspectiva.

O Serviço Social brasileiro inseriu-se no campo da saúde através dos hospitais, na década de 1940, sob o aspecto do modelo médico clínico, em que o/a assistente social “foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementariedade, onde o gestor era o médico” (MATOS, 2013, p. 57). E, nas práticas comunitárias, o viés do trabalho era educativo, não no sentido emancipatório, mas sim no sentido de educação vertical sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, de modo a manter o controle sobre os indivíduos (SODRÉ, 2010).

⁴ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando a abrangência, o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Atualmente, esses serviços estão regulamentados pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

⁵ Apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e uma nova metodologia para a gestão do trabalho em saúde, “objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Atualmente, após o Movimento de Reconceituação⁶ da profissão, os assistentes sociais construíram um novo Projeto Ético-Político hegemônico, que mantém posição favorável à justiça social, defesa intransigente dos direitos humanos e luta por uma sociedade livre de qualquer tipo de preconceito e por uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero (CFESS, 1993). Inseridos(as) na política pública de saúde, os/as assistentes sociais contribuem para a análise social e humana dos diferentes determinantes e condicionantes presentes na coletividade que influenciam na saúde dos sujeitos, para além de somente os fatores clínicos e biológicos dos indivíduos, permitindo, assim, subsídios para reflexão e materialização do conceito ampliado de saúde nos diferentes equipamentos de saúde do SUS.

Ao tentar conceituar o termo Saúde, diferentes autores, em diferentes contextos históricos e científicos, estabeleceram distintos enunciados, tais como: “saúde é a ausência de doenças” (modelo biomédico), “a saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte” (também do modelo biomédico, mas com ênfase na fragmentação do corpo) e “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (modelo segundo a Organização Mundial da Saúde) (BATISTELLA, 2007). Todos esses enunciados demonstram seus avanços para suas determinadas épocas, mas também apresentam algumas limitações teóricas e práticas sobre saúde.

Uma das abordagens mais contemporâneas sobre o termo saúde é o conceito também conhecido como “conceito ampliado de saúde”, formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986. Historicamente, a elaboração dessa nova concepção de saúde acontece em um momento de lutas pela redemocratização do país após a ditadura militar e em meio aos processos de Reforma Sanitária brasileira (BATISTELLA, 2007).

Tal formulação considera a saúde como um agregado de fatores, condicionantes e determinantes, que influenciam positiva ou negativamente a saúde dos sujeitos, individual e/ou coletivamente. Tais condicionantes e determinantes estão explicitados na Lei Orgânica da Saúde, no artigo 3º, que enuncia, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, p. 1). Portanto, a questão de saúde pública no Brasil ultrapassa os limites da ordem clínica, sendo necessário um conjunto

⁶ O Movimento de Reconceituação do Serviço Social foi um movimento interno da profissão, nos anos 1960, no Brasil e na América Latina, que buscou discutir a própria profissão, seus objetivos e rumos profissionais. Esse movimento representa um repensar da bagagem teórica-metodológica, dos instrumentais técnico-operativo e do posicionamento ético-político dos assistentes sociais (MATOS, 2013).

de intervenções sociais, culturais, econômicas, entre outras, para ampliar o cuidado em saúde dos usuários.

A Saúde Coletiva, conforme Nunes (1994), constitui-se de um novo projeto teórico-político sobre saúde, apresentando-se como nova corrente de pensamento, movimento social e prática teórica em saúde. Como campo científico, a Saúde Coletiva abrange um conjunto complexo de saberes, tais como a epidemiologia, as ciências sociais em saúde, o planejamento e a administração em saúde, para compreender conceitos e categorias imprescindíveis ao entendimento de saúde enquanto processo amplo, subordinado à estrutura social e com sujeito coletivo (SPAGNOL, 2005).

Além disso, a Saúde Coletiva

contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309)

Sendo o objeto de trabalho do assistente social a Questão Social⁷, o Serviço Social inserido na Saúde Coletiva contribui para o aprofundamento desse novo olhar sobre a saúde, porque introduz o saber das ciências sociais humanas no campo da saúde, trazendo, assim, para o interior da discussão, as dimensões simbólica, ética e política da vida em sociedade (BIRMAN, 1991 apud NUNES, 1994) em todos os níveis de atenção à saúde.

Os documentos que compõem o Projeto Ético-Político⁸ da profissão – quais sejam, o Código de Ética (CFESS, 1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93) e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social (1996) – balizam e norteiam as ações e as perspectivas éticas dos assistentes sociais desde a década de 1990. Conforme a Lei de Regulamentação da Profissão - Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, constituem-se como

⁷ Yamamoto (2015, p. 27, grifos da autora) define Questão Social como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

⁸ O projeto ético-político da profissão é um conjunto de princípios e valores que norteiam o exercício da profissão. Segundo Netto (1999, p. 95), os projetos profissionais, construídos por um sujeito coletivo – a categoria profissional – “apresentam a autoimagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas (entre estes, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)”.

algumas das competências⁹ do assistente social: elaborar, implementar, executar e avaliar, políticas sociais, bem como programas e projetos do âmbito de atuação do Serviço Social; encaminhar providências, prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população, assim como orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar e fazer uso dos direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que contribuam com a análise social e subsidiem ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e outras entidades.

As atribuições privativas¹⁰ dos assistentes sociais são ações como: planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas, projetos; realizar assessoria e consultoria, vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres quando essas ações forem relacionadas, em unidade, à área e à matéria de Serviço Social. Ainda constituem-se comp atribuições privativas dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para cargos de assistentes sociais.

Percebe-se que as competências e atribuições profissionais do assistente social instituídas por essa lei são descritas de maneira ampla, exigindo o “aprimoramento da sua interpretação, na perspectiva de fortalecimento do trabalho de agentes fiscais e assistentes sociais” (CFESS, 2012, p. 24), bem como de consolidação de uma identidade profissional. Visto que a profissão, apesar de ser generalista e capaz de se inserir em diversas políticas públicas, é uma só, não existem diferentes regulamentações ou distintos códigos de ética para cada campo de inserção dos assistentes sociais.

Dessa forma, o assistente social inserido na Saúde Coletiva deve trabalhar em acordo com o Projeto Ético-Político da profissão, que se vincula a um projeto societário baseado na emancipação humana, a fim de materializar sua identidade profissional. No entanto, na realidade social do exercício profissional, os assistentes sociais enfrentam algumas particularidades de ambientes predominantemente clínico-intervencionistas e, assim, deparam-se com alguns desafios, os quais serão debatidos a seguir.

Assistente social na política pública de saúde: desafios e perspectivas desse contexto

⁹ A íntegra das competências do assistente social está descrita nos onze incisos do artigo 4º da Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993).

¹⁰ A íntegra das atribuições privativas do assistente social encontra-se descrita nos treze incisos do artigo 5º da Lei de Regulamentação da profissão (CFESS, 1993).

Conforme a publicação “Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde” do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010), no âmbito da política de saúde, em todos os níveis de atenção, compete ao assistente social: 1) realização de atendimento direto ao usuário, por meio de ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde, ou ações socioeducativas; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão; e 4) assessoria, qualificação e formação profissional.

Essas quatro categorias de intervenção profissional expressam as possibilidades de atuação do assistente social em todos os níveis de atenção à saúde. Uma vez que o objetivo deste estudo é analisar o trabalho do profissional de Serviço Social no processo de materialização do conceito ampliado de saúde, a fim de enfatizar a importância da inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS), nesta seção, serão discutidos os desafios e as perspectivas desse contexto – o âmbito primário.

Através da instrumentalidade¹¹ da profissão, os assistentes sociais se inserem em processos de trabalho nas unidades de atendimento aos usuários da política pública de saúde. Porém, nem sempre concretizar o trabalho profissional conforme o Projeto Ético-Político (PEP) é fácil, devido às forças – poderes – institucionais (FALEIROS, 2015) presentes em todos os ambientes sócio-ocupacionais. A realidade é formada de tensão e de luta por reconhecimento e espaço, configurando-se, assim, como um desafio da categoria profissional em instituir seu saber e poder.

Considerando os instrumentais da profissão, o atendimento direto ao usuário pode ocorrer através do atendimento individual ou coletivo, em que o profissional assistente social responde às demandas naquela intervenção ou através da articulação com a(s) equipe(s) de saúde e intersetorial – por meio de encaminhamentos, reuniões, interconsultas, relatórios e pareceres sociais, etc. Segundo Sodré (2010, p. 470), “o Serviço Social não está vinculado às profissões que geram produtos materiais concretos. Ele atua nas condições de vida, reproduzindo aquelas condições que são indispensáveis ao funcionamento de uma ordem”, por isso, muitas vezes, os chefes ou gestores enxergam o trabalho do assistente social como confuso e desfocado, fazendo com que os profissionais constantemente tenham que provar seu

¹¹ Conforme Guerra (2000), a instrumentalidade é muito mais do que o conjunto de instrumentos necessários para o exercício profissional, é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza seus objetivos. “É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano” (GUERRA, 2000, p. 2).

“valor” no espaço de atuação e nas demandas de saúde dos usuários, o que se materializa como um desafio da profissão.

O trabalho do assistente social, para garantir e efetivar direitos, nem sempre é estar “cara a cara” com o usuário; ele pode se materializar na construção de um relatório, em um contato com a rede de proteção social. Por vezes, o atendimento a uma só pessoa ou a uma só demanda pode ocupar dias de trabalho devido à complexidade de determinadas intervenções que exigem a articulação com outros profissionais da unidade e de outras políticas públicas. Ao mesmo tempo em que o trabalho intersetorial ou interdisciplinar é um desafio, pode ser também uma perspectiva, pois, através do agir do assistente social, as instituições ou unidades podem perceber a importância do trabalho articulado para o sucesso da saúde dos usuários.

Infelizmente, nota-se que ainda existe maior valorização da gestão para uma agenda profissional (de assistentes sociais ou outros profissionais da saúde) “lotada” de consultas de 15 a 20 minutos do que para uma agenda profissional que realize atendimentos individuais ou coletivos mais longos e que preze por realização de atividades de planejamento e educação permanente, mesmo que essas ações ocorram esporadicamente e que façam parte dos processos de trabalho. Há intensa requisição da gestão dos serviços e da própria política de saúde por produtividade, na qual o quantitativo se sobrepõe ao qualitativo dos atendimentos. Portanto, é um desafio estar constantemente visando a qualidade dos atendimentos, seja na escuta, seja no aperfeiçoamento profissional e dos processos de trabalho coletivo.

A utilização da ferramenta matriciamento ou apoio matricial na APS se configura como uma importante perspectiva devido às suas potencialidades de reorganização da atenção à saúde. Através das dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico-metodológica, o assistente social se insere em processos de trabalho das unidades e garante subsídios teórico-práticos às equipes mínimas ou equipes de referência, ampliando a integralidade do cuidado, a resolutividade dos casos, a organização das práticas de saúde para ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, bem como a (re)organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em redes de atenção. Esse apoio matricial pode ocorrer por meio de duas ações: 1) assistencial – intervenção direta com os usuários e 2) técnico-pedagógica – apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2009).

O desafio do apoio matricial é estar atento ao risco de fragmentação do cuidado em especialidades que não conversam entre si, que não organizam, nem planejam ações integradas em saúde (BRASIL, 2009). O conceito de atenção integral aos usuários, diretriz do SUS, é justamente o que se pretende alcançar com a estratégia saúde da família, equipes de

referência e matriciamento, ou seja, pretende-se que as equipes mínimas sejam capazes, com apoio, de atender integralmente as necessidades dos sujeitos.

Ações de mobilização, participação e controle social se materializam quando assistentes sociais participam de espaços como os conselhos e as conferências da política de saúde, bem como quando atuam, auxiliam ou assessoram a fortalecer outros espaços formais e informais que discutam sobre os processos de trabalho e de atendimento à população, como reuniões da categoria profissional, reuniões de associações de moradores ou de usuários, entre outros.

Na APS, o desafio é fazer com que os usuários tenham autonomia, voz e voto e instigá-los ao controle social, de modo que sejam partícipes do processo de gestão, organização e avaliação dos serviços e das ações de saúde de que fazem uso. De modo geral, no contexto primário, em alguns casos, percebe-se pouco esforço pelos serviços e gestores em dar voz ao cidadão, seja por meios formais, seja por meios informais, visto que dar voz é viabilizar poder de questionamento sobre práticas e soluções tradicionais há muito enraizadas nos profissionais e serviços, que, muitas vezes, não correspondem às reais necessidades dos usuários.

A Carta de Direito dos Usuários da Saúde (2007), já vigente há uma década, descreve seis princípios que asseguram ao cidadão seus direitos e deveres nos atendimentos de saúde. Entre eles, o quarto princípio dita que todo indivíduo tem direito a atendimento que respeite sua pessoa, seus valores e suas crenças. Dessa forma, os gestores e os profissionais têm o dever de assegurar voz – escolhas livres e consentidas – sobre tratamentos, exames, assistência e outras condutas que interfiram na sua saúde.

Ainda sobre as categorias de atuação do assistente social na política de saúde, considera-se que ações de planejamento e gestão também são possibilidades de atuação do assistente social. Para executar determinadas ações, é necessário que o profissional tenha habilidade com pesquisa e gerenciamento de problemas, pois será através da pesquisa e observação da realidade (dados epidemiológicos, sociodemográficos, dados de acesso, qualidade, etc) que se estruturarão soluções aos distintos problemas identificados na política de saúde. Conforme Fraga (2010), o assistente social é essencialmente um profissional investigativo e, portanto, capaz de intervir com qualidade em ações de planejamento e gestão.

Além disso, conforme o documento do CFESS (2010), que dita os parâmetros de atuação na saúde, os assistentes sociais são profissionais capazes de realizar qualificação e formação profissional das equipes de saúde, através de ações de educação permanente, que visam ao aprimoramento uni e multiprofissional, com o objetivo de qualificar o atendimento

ao usuário. Essas ações de educação permanente, quando realizadas pelos assistentes sociais, devem ser consideradas como perspectivas da categoria profissional, uma vez que, quando realizadas pelo Serviço Social, expressam um olhar crítico sobre os determinantes e condicionantes sociais e econômicos e revelam fatores sociopolíticos que são gerados no e influenciados pelo coletivo social.

O profissional de Serviço Social ainda é capaz de realizar assessoria¹², entendida como uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento específico da situação que será tomada como objeto de estudo e que será objeto de alteração. Essa assessoria pode ser prestada aos conselhos de saúde, para fortalecer o controle democrático, às entidades e movimentos sociais, na perspectiva de fortalecimentos das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade, aos gestores para elaborar planos de intervenção social e de educação permanente, entre outros.

A assessoria realizada por um profissional de Serviço Social, em todos os níveis de atenção, portanto, também na APS, é um desafio, visto que ainda prevalece fortemente o entendimento de saúde como um problema exclusivamente biológico, que deve ser solucionado com estratégias que ataquem fatores clínicos – medicamentos mais eficazes, mais campanhas de vacinação, mudanças de hábitos alimentares, etc. Todavia, é uma perspectiva que crescerá proporcionalmente à inserção de assistentes sociais nos espaços de discussão e organização da saúde.

Os assistentes sociais atuam diretamente nas expressões de desigualdade que materializam a Questão Social, tais como: desemprego, vulnerabilidade social e risco, fome, precariedade ou falta de moradia, baixa escolaridade, baixa renda econômica, etc. Essas expressões de desigualdade, geradas pelo modelo de produção capitalista, condicionam e determinam os níveis de saúde da população. Faz-se importante refletir que o SUS, apesar de ser uma conquista da sociedade brasileira, é, desde a sua implantação, alvo de desmonte e contrarreforma, visto que a década de 1990 (período de implantação) foi caracterizada pelos modelos político-econômicos de vertente teórica neoliberal, em que o Estado passou a diminuir seus compromissos com as necessidades públicas, fazendo com que o setor privado passasse a oferecer mais serviços pagos de e para a saúde (BRAVO, 2016).

¹² Conforme Lei de Regulamentação da profissão (BRASIL, 1993), a assessoria é uma competência profissional, quando exercida “aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” ou se constitui em uma atribuição privativa, quando prestada aos “órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social”.

Fatores, como baixa renda, baixa escolaridade, moradia em local de difícil acesso ou distante de serviços de saúde, fazem com que os usuários, involuntariamente, negligenciem sua saúde. No entanto, tendo em vista que a saúde é um dever do Estado brasileiro e a universalidade é uma das diretrizes do SUS, cabe à esfera estatal realizar intervenções que visem ao enfrentamento das desigualdades. Ao se inserir nos processos de planejamento, assistência, reabilitação, gestão e avaliação das ações em saúde, o assistente social, profissional investigativo e interventivo, imprime os conhecimentos das ciências sociais e intervém nos processos do pensar, executar e avaliar a saúde dos usuários do SUS.

Dessa forma, o Serviço Social inserido na Saúde Coletiva e, especificamente, em serviços da APS, pode contribuir com a materialização do conceito ampliado de saúde, ao ampliar o olhar dos profissionais e gestores da política de saúde para todos os determinantes e condicionantes que influenciam o processo de saúde e doença, além de intervir nas expressões de desigualdade e auxiliar e fortalecer os usuários no seu processo de autocuidado.

Por fim, acredita-se que a produção científica tem o poder de discutir os processos dinâmicos da realidade social, permitindo, assim, reflexões sobre determinadas temáticas. Conforme a pesquisa bibliográfica proposta neste estudo, que será apresentada na seção seguinte, é possível destacar que ainda há escassa produção sobre o Serviço Social na Saúde Coletiva, o que revela que essa temática deve ser objeto de estudo, uma vez que ainda há muitas possibilidades de discussão.

A produção científica sobre Serviço Social na Saúde Coletiva: ainda temos que trilhar o caminho

De acordo com os dados acessados da plataforma Sucupira da CAPES/MEC, os periódicos *qualis* A1 em Ciências Sociais Aplicadas - Serviço Social são os seguintes: Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Katálisis e Revista Serviço Social & Sociedade. No mapeamento da produção científica, foram encontrados 3.519 artigos publicados nas revistas conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente estipulados e descritos na seção “percurso metodológico” deste artigo.

Desses artigos, foram selecionados 19 de produção nacional cujas palavras-chave e/ou cujo título continham ao menos um dos seguintes descritores: saúde coletiva, saúde da família, equipe de saúde da família, estratégia de saúde da família e conceito ampliado de saúde, sendo que, obrigatoriamente, deveriam constar os descritores Serviço Social e/ou Processo de Trabalho, tendo em vista os objetivos desta pesquisa.

Em seguida, considerando o recorte da pesquisa e a leitura prévia dos resumos dos 19 artigos inicialmente selecionados, dois deles foram classificados para análise, haja vista que abordavam o tema Serviço Social na Saúde Coletiva e discutiam os processos de trabalho do assistente social nesse contexto¹³. Esses dados já expressam a baixa produção da categoria sobre o tema, considerando os limites do recorte da pesquisa e, portanto, a escassa discussão sobre o papel do assistente social na Saúde Coletiva. Os dois textos selecionados na pesquisa foram publicados na Revista Serviço Social & Sociedade¹⁴, pela autora Francis Sodré, nos anos de 2010 e 2014, sob os respectivos títulos: “Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos” e “Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento”.

O primeiro texto é uma revisão de literatura e não aborda especificamente o trabalho do assistente social na atenção primária à saúde; realiza, antes, uma reflexão sobre como os dois modelos distintos de gestão do trabalho, quais sejam o fordismo e a acumulação flexível, influenciam o campo da saúde. O modelo fordista, instituído após a II Guerra Mundial e vigente até meados da década de 1960, “proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo” (SODRÉ, 2010, p. 457), fazendo com que as práticas em saúde sejam parecidas com as de uma fábrica, em que cada funcionário aperta um parafuso ou adiciona uma peça diferente para a criação de um mesmo produto. Sodré (2010) nomeou essa perspectiva de “saúde-fábrica”.

Percebe-se que o modelo de gestão do trabalho e da produção, denominado “acumulação flexível”, instituído após os anos 1970, também analisado no artigo supracitado, pressupõe um trabalhador polivalente e a intensificação do ritmo de trabalho, em razão da revolução tecnológica. As influências no campo da saúde realizadas por esse modelo, conforme Sodré (2010), foram a criação da estratégia de saúde da família e a criação do cargo de agentes comunitários de saúde, que precisavam ser locais, “nativos” dos seus territórios de trabalho.

O segundo texto, publicado em 2014, é fruto de uma pesquisa de campo realizada com doze assistentes sociais, na cidade de Vitória/ES, com o objetivo de explorar as experiências de trabalho desses profissionais envolvidos com atividades de promoção da

¹³ Os demais textos encontrados na pesquisa não abordavam especificamente o tema Serviço Social na Saúde Coletiva. Abordavam, por exemplo, o processo de trabalho em saúde bucal ou as expressões conservadoras na abordagem com famílias e comunidades, etc.

¹⁴ A Revista Serviço Social & Sociedade, criada em setembro de 1979 e de produção quadrimestral, é o primeiro periódico de circulação nacional na área do Serviço Social e expressa o movimento da profissão em construir sua identidade profissional vinculada aos direitos sociais e à transformação da sociedade e das relações sociais. Em 2010, a revista passou a disponibilizar seus periódicos de forma *online* na *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

saúde, nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Esse cenário, as ESFs, materializam uma reordenação dos serviços, na perspectiva de atuação dos profissionais de saúde com foco em território, famílias e promoção de saúde.

No que se refere à questão norteadora¹⁵, que problematiza se o material científico produzido sobre o Serviço Social na Saúde Coletiva tem contribuições significativas para a reflexão sobre a contribuição da profissão na materialização do conceito ampliado de saúde, pode-se afirmar que ambos os artigos não abordam especificamente a contribuição do assistente social na materialização do conceito ampliado de saúde, mas apresentam subsídios que podem auxiliar na reflexão sobre esse tema.

O artigo publicado por Sodré em 2010 enuncia que “as políticas de saúde são de fato políticas sobre a vida, por isso não são objeto de forma exclusiva a um único saber profissional ou [...] um especialista” (SODRÉ, 2010, p. 463). Essa posição expressa que a saúde deve ser abordada de forma ampliada, por diferentes profissionais e por diferentes políticas sociais, contemplando todas as esferas da vida que são condicionantes e determinantes da saúde, e não através de ações estanques e padronizadas. Afinal, as políticas públicas implicam diretamente a vida dos sujeitos.

Nesse mesmo sentido, quanto ao conceito ampliado de saúde, Sodré (2014) evidencia que ainda prevalece como concepção de saúde entre os profissionais o modelo biomédico, pois tudo aquilo que não tem diagnóstico ou resposta clínica é tratado como exógeno, “uma questão social”, externa à saúde. No entanto, não deveria existir “uma porta imaginária dentro das unidades de saúde que dividissem o biológico e o social, devendo o usuário atravessar essa porta ou não passar por ela” (p.79), o social é e deve ser intrínseco à saúde dos usuários, no atendimento de todos os profissionais e nos atos de planejamento e execução de políticas, programas e ações em saúde.

Referente à questão norteadora que indaga quais são as particularidades do trabalho do assistente social no campo da saúde que contribuem para o processo de materialização do conceito ampliado de saúde, Sodré (2014) afirma que o uso da linguagem é a principal ferramenta de trabalho do assistente social inserido na saúde e se configura como uma particularidade do exercício profissional. É por meio da linguagem que os assistentes sociais estabelecem vínculo, acolhimento e tradução nos atendimentos e nas ações de intervenção. Essa ferramenta pode ser observada com dois sujeitos: a linguagem do usuário e a linguagem do profissional.

¹⁵ As questões norteadoras foram elaboradas no projeto de pesquisa, conforme o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo, para compor o Roteiro Norteador, instrumento utilizado no processo de coleta de dados.

Através do atendimento individual com o assistente social, os usuários se sentem mais confortáveis em verbalizar a esse profissional as “demandas que não conotativas de uma doença ou acompanhamento de algum tratamento apenas” (SODRÉ, 2014, p. 82). Os usuários vocalizam suas angústias, suas preocupações familiares, econômicas, sociais, entre outras, em uma relação que resguarda o sigilo e que faz com que haja vínculo e promoção de saúde em sentido ampliado.

O segundo momento de uso da ferramenta, ainda conforme Sodré (2014), é quando o assistente social utiliza a linguagem como forma de garantir direitos. Através de relatórios, pareceres, encaminhamentos, isto é, através de documentos que serão lidos por outros profissionais do Serviço Social ou de outras profissões e que permitirão a viabilização de direitos de saúde e dos demais que influenciam a saúde dos usuários, como o direito à habitação, ao saneamento básico, ao transporte, etc.

Além disso, a linguagem também é usada como garantidora de direitos quando os assistentes sociais realizam espaços de fala e rodas de conversas que sejam emancipatórios ao usuário, que façam acontecer ações educativas populares em saúde, aliando os saberes técnicos e populares e objetivando a construção compartilhada do conhecimento, com base nas diretrizes da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2013). Essa perspectiva de compartilhamento de saberes acarreta maior emancipação e protagonismo dos sujeitos e faz com que os usuários sejam mais responsáveis no seu autocuidado em saúde, gerando, dessa forma, melhores níveis de saúde.

Para Sodré (2010), as particularidades do trabalho do assistente social, no campo da saúde, que contribuem para o processo de materialização do conceito ampliado de saúde, estão calcadas na dimensão investigativa do Serviço Social, na qual, em vez de se compreender o direito à saúde como uma matéria que se esgota na lei, dever-se-ia visualizá-lo como um campo aberto, em que novas demandas o ressignificam, conforme as mudanças da realidade social. Mudanças, essas, que devem pautar as leis, o acesso, as políticas, de forma cada vez mais ampla, isto é, que através de investigação, pesquisas sociais e análises de realidade feitas pelos assistentes sociais, a realidade transforme os parâmetros legais e não o contrário.

No âmbito deste estudo, também se teve como propósito, mediante a questão norteadora, explicitar o instrumental técnico operativo usado pelo assistente social inserido nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs). O que se percebe é que, apesar de importantes, por serem, muitas vezes, a única porta de entrada da demanda dos usuários, os assistentes sociais devem ir além do arquétipo “plantão-encaminhamento”, que está vinculado ao modelo

de produção em massa – “saúde-fábrica” (SODRÉ, 2010). O instrumental deve ser muito mais amplo; podem-se enumerar aqui alguns exemplos: reuniões, grupos operativos, relatórios, acolhimento, auxílio na mobilização comunitária, educação popular em saúde, planejamento e execução de ações coletivas, construção de projetos terapêuticos singulares, investigação e observação da realidade situacional, contato intersetorial, visita domiciliar, educação permanente em saúde, entre outras ações que visem garantir direitos dos usuários, em conformidade com o Projeto Ético-Político (PEP) da profissão.

Conforme Sodré (2014), nas ESFs, o trabalho do assistente social aproxima-se do trabalho do agente comunitário de saúde, quando considerado o instrumento “visita domiciliar”. No entanto, esse instrumento apresenta caráter distinto quando realizado por um ou outro profissional, isto é, a intencionalidade e o objeto de trabalho são diferentes e irão distinguir a intervenção desses profissionais que compõem a equipe.

O primeiro, o assistente social, com a intenção de esclarecer informações que não estejam tão evidentes para subsidiar o seu processo de intervenção, parecer social ou trazer novos dados e informações para a equipe de saúde como um todo, buscar novos subsídios sobre acompanhamento de um caso [...]. O segundo, o agente comunitário, utiliza a visita domiciliar como uma captura de dados, coleta de informações delimitadas previamente e organizadas em [...] questionários que devem ser aplicados e preenchidos de forma correta. [...] Ou seja, espera-se desse agente comunitário um olhar sensível sobre a realidade de saúde que subsidiará a intervenção da equipe que acontecerá *a posteriori*. (SODRÉ, 2014, p. 79-80, grifos da autora)

Também percebeu-se, na pesquisa realizada por Sodré (2014), que alguns assistentes sociais apontaram a visita domiciliar como uma ferramenta subsidiária do trabalho de promoção da saúde, pois, através da sua realização, ocorrem coletas de informações, “esclarecimentos de fatos” que resultam em relatórios, pareceres, etc, os quais viabilizam direitos de forma institucional. Por outro lado, na pesquisa, alguns assistentes sociais declararam que não consideram a visita domiciliar como promotora de saúde, porque há uma linha muito tênue entre a visita domiciliar que quer viabilizar direitos e a visita domiciliar com caráter de “trabalho de polícia”, buscando uma prova ou evidência de hábito, comportamento ou atitude prejudicial à saúde, que devem ser combatidos.

Ao observar qual é a predominância de concepção e de promoção de saúde na atenção primária à saúde, nota-se, na pesquisa realizada por Sodré (2014), que a predominância de concepção de promoção de saúde na atenção primária à saúde pelos profissionais é confusa, pois há mais facilidade de compreensão quando o objetivo é definir atividades de prevenção do que atividades de promoção. A pesquisa da autora afirma que “na mistura das respostas,

que muitas vezes acontece, [os assistentes sociais] dizem que promover é algo amplo, maior e que busca mudança de hábitos ou comportamentos” (SODRÉ, 2014, p. 75).

Nessa linha de raciocínio, é possível referir que, quando os assistentes sociais estipulam como atividades de promoção as ações coletivas de educação em saúde, que visem mudança de hábitos ou comportamentos, essa intencionalidade pode ser considerada problemática, visto que atitudes associadas ao trabalho de vigilância, de ajustamento social, “de polícia” são posicionamentos que o Serviço Social contemporâneo já ultrapassou, mediante o Movimento de Reconceituação interno da profissão. Desde esse movimento, os assistentes sociais não mais se baseiam em referencial teórico-metodológico positivista/funcionalista, mas, realizam intervenções fundamentadas, hegemonicamente, no método dialético-crítico.

Dessa forma, ações de saúde de promoção e/ou coletivas, que visem contemplar o conceito ampliado de saúde, exigem dos profissionais assistentes sociais mais investigação, estudo da realidade social, criatividade e propositividade para contemplar a maior parte das esferas da vida na sociedade capitalista que condicionam e determinam os níveis de saúde dos sujeitos, sem posicionar os usuários como “culpados” e sem declarar que devem “se ajustar”, de forma imposta, à determinados hábitos de saúde.

Sendo assim, na análise dos dados coletados da pesquisa bibliográfica proposta por este estudo, de forma geral, destacam-se, como categorias encontradas, a “linguagem como garantidora de direitos”, a “saúde como campo aberto” e a categoria “instrumental, intencionalidade e objeto de trabalho do assistente social”. A primeira delas, linguagem como garantidora de direitos, remete à linguagem profissional, técnica, e à linguagem do usuário, popular. Ambas as linguagens devem coexistir e formar nova linguagem, para, então, construir um novo entendimento sobre saúde e corresponsabilidade.

A segunda categoria, a saúde como campo aberto, engloba os entendimentos de que políticas de saúde são políticas sobre a vida, e que, portanto, as normativas/regulamentações que regem essa política devem ser pensadas e construídas considerando o movimento dialético da sociedade. A terceira e maior categoria, instrumental, intencionalidade e objeto de trabalho do assistente social, discute a necessidade de o instrumental da profissão se ampliar para além do “plantão-encaminhamento”, considerando sempre a Questão Social como objeto de intervenção e o Projeto Ético-Político como base para a intencionalidade, a qual define a identidade e a essência da profissão.

Considerações finais

Uma profissão tem sua legitimação quando exerce função social necessária para as demandas da sociedade. O Serviço Social brasileiro está historicamente vinculado à política pública de saúde, desde as suas primeiras intervenções, ainda orientado pela perspectiva positivista/funcionalista, até o presente momento, hegemonicamente, na perspectiva do materialismo dialético-crítico, sendo capaz de responder às demandas impostas por esse espaço sócio-ocupacional. Ao longo de toda essa inserção, há contribuições teóricas, científicas e práticas para (re)pensar a Saúde Coletiva no Brasil.

O Serviço Social inserido no campo da Saúde Coletiva e, especificamente, em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para a materialização do conceito ampliado de saúde ao ampliar/estender/expandir o olhar dos profissionais e gestores da política de saúde para todos os determinantes e condicionantes que influenciam o processo de saúde e doença. Também é o assistente social na Saúde Coletiva que deve intervir nas expressões de desigualdade geradas pela Questão Social, bem como auxiliar e fortalecer os usuários no seu processo de autocuidado.

Através da pesquisa bibliográfica, observou-se que a produção sobre Serviço Social na Saúde Coletiva ainda carece de maior debate, visto que, nas revistas de *qualis* A1 das Ciências Sociais Aplicadas + Serviço Social, considerando as limitações dos recortes da pesquisa, foram encontrados somente dois artigos que abordassem sobre essa temática. Ainda que representem pouca produção científica, os dois artigos merecem destaque por oferecerem contribuições qualitativas para a reflexão sobre a atuação do assistente social nas possibilidades de materialização do conceito ampliado de saúde.

Espera-se que este estudo colabore para a construção dessa produção, uma vez que aliou a pesquisa à vivência prática da autora enquanto assistente social residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva. Além disso, espera-se que este estudo dê mais visibilidade às potencialidades de atuação do assistente social na saúde, consolidando o entendimento de que assistente social planeja, executa, gere e avalia a política de saúde, com qualidade e olhar ampliado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. (Org.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei Federal nº 8.622, de 07 de junho de 1993**. Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social. Brasília, 1993.

_____. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. **Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

_____. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2013 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23. nov. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2016.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública. v. 23, n. 2. Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS (BRASIL). **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.

_____. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília, 2012.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FRAGA, C. K. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GUERRA, Y. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. Serviço Social & Sociedade n. 62, março/2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo, Cortez, 2015.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009, p. 44-50.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexão para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, J.P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília, UNB-CEAD, 1999, p. 91-110.

NUNES, E. D. **Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito**. Saúde e sociedade, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. 1998. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?**. Revista Saúde Pública, v. 32, n. 4, p. 299-316.

SODRÉ, F. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Rev. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

_____. **Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. Rev. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SPAGNOL, C. A. **(Re)pensando gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 01, p.119-127, 2005.

ANEXO A – Normas da Revista Barbarói

DIRETRIZES DE FORMATAÇÃO E CONTEÚDOS E ITENS NECESSÁRIOS À PUBLICAÇÃO DE ARTIGO

Observação: Todas as informações constantes abaixo foram extraídas da obra Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos, dos autores Clarice Agnes e Inácio Helfer, Professores da Universidade de Santa Cruz do Sul, cujo link para download disponibilizamos abaixo aos autores interessados em publicar seus artigos neste periódico;

http://www.unisc.br/portal/upload/com_editora_livro/e_books_normas.pdf

O texto abaixo é apenas um suporte metodológico, na medida em que se apresentam os requisitos formais para o acolhimento de artigos submetidos aos expedientes editoriais de avaliação para publicação.

1 Requisitos Gerais:

- a) Folha: A4
- b) Fonte: Times News Roman; 12
- c) Espaçamento: 1,5
- d) Citação de Obra, Documentos e Literatura: Sistema Autor/Data
- e) Numeração de páginas: Todas as folhas devem ser numeradas na margem superior direita com numeração corrida.

f) Margens:

I – Superior: 3,0 Cm;

II – Inferior: 2,0 Cm;

III – Esquerda: 3,0 Cm;

IV – Direita: 2,0 Cm.

2 Elementos Textuais:

- a) Primeira página: A primeira página, além do início do texto, deve conter o título do trabalho, o(s) nome(s) do(s) autor(es), com as iniciais maiúsculas e demais minúsculas, deslocado(s) para a direita; e endereço completo deve ser incluído como nota de rodapé, indicada por número.

- b) Título: Caixa alta (maiúsculo), negrito, centralizado;

Observação: em Português ou Espanhol, sempre acompanhado da tradução para o Inglês;

c) **Resumo, Resumèn, Abstract:** Caixa alta (maiúsculo), negrito, centralizado, um único parágrafo, seguido do item **Palavra-Chave** em Caixa baixa e negrito;

Observação: Os mesmos deverão iniciar com o título do trabalho nos respectivos idiomas e conter, no máximo, 250 palavras, de 3 (três) palavras-chave.

d) **Subtítulo:** Caixa baixa (primeira letra maiúscula), negrito, alinhado à margem esquerda;

e) **Referências:** Caixa alta (Maiúsculo), negrito, alinhado à margem esquerda (ver abaixo as normas para as referências de obras)

f) **Citações diretas:**

I - Com menos de 3 linhas: Fonte 12, entre parênteses, sem negrito ou itálico, a não ser que estes constem originalmente no texto citado.

II- Com mais de 3 linhas: Fonte 10, sem parênteses, sem negrito ou itálico, a não ser que estes constem originalmente no texto citado.

3 Sistema de Citação Autor-Data

a) **Breve exposição do sistema de chamada autor-data**

Neste sistema, a fonte da citação aparece no interior do próprio texto, com a indicação do(s) sobrenome(s) do(s) autor(es) ou nome da entidade responsável, seguido da data de publicação do documento e da(s) página(s) da citação, separados por vírgula, e entre parênteses quando se tratar de citação direta. No caso de citação indireta, a colocação da(s) página(s) é opcional. As "notas explicativas" podem ser utilizadas para eventuais esclarecimentos do autor do trabalho. Informações mais detalhadas sobre o sistema Autor-Data podem ser acessadas na obra que referencia este texto e que está disposta em http://www.unisc.br/portal/upload/com_editora_livro/e_books_normas.pdf.

Observa, novamente, o editor que o intuito destes esclarecimentos é apenas apresentar as condições gerais da revista, reorganizando e disponibilizando as informações extraídas da obra Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos, dos autores Clarice Agnes e Ignácio Helfer, Editora da Unisc, 2013.

Abaixo citamos alguns exemplos gerais de regras deste sistema de chamada.

a) nas citações com indicação de fonte entre parênteses, as chamadas pelo sobrenome do autor ou pela instituição responsável devem ser em letras maiúsculas; se aparecerem no texto, devem estar em minúsculas.

Exemplos:

I - "Pode-se concluir que as organizações [...]estão se aperfeiçoando (SILVA, 2001, p.4) e

II - Silva (2001, p. 4) diz que "pode-se concluir que as organizações [...] estão se aperfeiçoando"

b) as supressões são indicadas por colchetes com reticências [...]; as interpolações, comentários e acréscimos são indicados somente por colchetes []; em caso de ênfase ou destaques, utiliza-se itálico ou negrito.

c) quando os dados forem obtidos por informação verbal, (palestras, debates, comunicações etc.), sinalizar entre parênteses com a expressão "informação verbal", mencionando-se os dados disponíveis em nota de rodapé.

Exemplo:

No texto:

Na Idade Média, o termo "universitas" era empregado tanto para designar a corporação de professores de uma Instituição de Ensino Superior - IES, como de uma corporação de marceneiros ou de

lavadeiras de roupas (informação verbal)

No rodapé da página: _____

1 Notícia fornecida por Aloísio Ullmann na Comemoração do Festschrift em Homenagem à A. Ullmann, Porto Alegre, em junho de 2003.

d) no caso de um autor possuir duas publicações no mesmo ano, utilizar o recurso da colocação de letras "a" e "b" do alfabeto, imediatamente após os anos de publicação da fonte que está sendo utilizada.

Exemplo:

(DERRIDA, 2001a, p. 45) e (DERRIDA, 2001b, p. 67).

As datas com as letras devem ser remetidas para a lista de referências ao final do trabalho.

Nas referências:

DERRIDA, Jacques. Posições. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2001a.

_____. Mal de arquivo: uma impressão freudiana. Tradução de Cláudia de Moraes Rego. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001b.

Observação: Não se deve colocar o "Ibidem" no Sistema Autor-Data

4 Das condições para o envio e submissão dos artigos:

a) Os originais devem ser submetidos em uma via;

b) Devem ser encaminhados ao sistema editorial da revista através do link: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/about/submissions#onlineSubmissions>

- c) Os trabalhos deverão ser elaborados em redator compatível com o software Microsoft Word, Windows XP ou versão superior
- d) Os artigos podem ser escritos em Português e/ou Espanhol;
- e) Aqueles artigos escritos em Língua Portuguesa, além do Resumo nesta Língua, devem possuir um Abstract escrito em Inglês e um Resumen escrito em Espanhol.
- f) Os artigos escritos em Língua estrangeira, p.ex. Espanhol, devem conter um Resumo na respectiva língua e, obrigatoriamente, um Resumo (Português) e um Abstract (Inglês), conforme o caso da língua na qual está escrito o artigo.
- g) Devem ser encaminhados à Revista Barbarói através do link: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/about/submissions#onlineSubmissions>
- h) Os trabalhos deverão ser elaborados em redator compatível com o software Microsoft Word, Windows XP ou versão superior.

5 Regras para a disposição dos itens de REFERÊNCIAS.

Atenção: segundo ABNT, não se utiliza mais REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA, mas somente REFERÊNCIAS.

As referências deverão estar dispostas em ordem alfabética, dentro das atuais normas da ABNT, alinhadas à margem esquerda e justificadas, obedecendo a seguinte ordem de elementos e formatação:

4.1 Livros:

a) Um autor:

COBRA, Marcos. Marketing essencial: conceitos, estratégias, controle. São Paulo: Atlas, 1988.

GLUBER, Claude. Le grand secret. Paris. Disponível em:

b) Dois autores:

LUDWIG, J. A.; REYNOLDS, J. F. Statistical Ecology. New York: John Wiley & Sons Inc., 1988.

c) Três autores

BEGON, M.; HARPER, J. L.; TOWNSEND, C. R. Ecology. Individuals, Populations and Communities. 3. ed. Oxford: Blackwell Science Ltd. 1996.

d) Quatro ou mais autores

FRANÇA, J. L. et al. Manual para normalização de 44 Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos publicações técnico-científicas. 3. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1996

e) Organizador, coordenador etc.

BECKER, Dinizar Fermiano (Org.). Desenvolvimento sustentável: necessidade e/ou possibilidade? Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1997.

f) Traduções

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. Terra dos homens. Tradução de Rubem Braga. 17. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

g) Especificação de volume

FUSER, Igor (Org.). A arte da reportagem. São Paulo: Scritta, 1996. 652 p., v. 1.

4.2 Periódicos:

SIGNO. Santa Cruz do Sul: Editora da UNISC, 1975- .

FOLHA ON-LINE. São Paulo. Diário. Disponível em:

. Acesso em: 27 ago. 2001.

REVISTA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Brasília: Brasília Jurídica, 1997- . Mensal. CD-ROM.

4.3 Dissertações, teses, etc.

RATHKE, Fabiana Silveira. Avaliação da qualidade da água em propriedades de produtores de tabaco nos municípios de Gramado Xavier, Sinimbu e Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, utilizando bioensaios. 2001. 256 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado)–Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2001.

4.4 Congressos, conferências, encontros e outros eventos Científicos

CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE BIBLIOTECOLOGIA E DOCUMENTAÇÃO, 1, 1980, Salvador. Anais...

Salvador: FEBAB, 1980. 350 p.

4.5 Atlas

GUASSELLI, Laurindo Antônio (Org.). Atlas temático bacia hidrográfica do arroio Carijinho. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. 1 atlas. Escalas variam.

ATLAS Mirador Internacional. Rio de Janeiro: Enciclopédia Britânica do Brasil, 1981. 1 atlas. Escalas variam.

4.6 Folhetos

INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL. Trabalho e proteção social: velhos problemas e novas estratégias no contexto brasileiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1995.

4.7 Patentes

PRODUTO ERLAN LTDA. (Uberlândia-MG). Paulo César da Fonseca. Ornamentação aplicada a embalagem. C.I.10-3-6. BR n. PI 2300045, 12 set. 1983, 28 maio 1985.

4.8 Acórdãos

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Deferimento de pedido de extradição. Extradição n. 410. Estados Unidos da América e José Fernandez: relator. Ministro Rafael Mayer. 21 de março de 1984. Revista Trimestral de Jurisprudência. Brasília, v. 109, p. 870-879, set. 1984.

4.9 Legislação (leis, decretos, portarias, medida provisória, códigos)

BRASIL. Decreto-Lei n. 2423, de 7 de abril de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 126,46 Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos n. 66, p. 6009, 8 abr. 1988. Seção 1, pt. 1.

BRASIL. Lei n. 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1999. Disponível em: . Acesso em: 22 dez. 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

SANTA CRUZ DO SUL. Lei Orgânica do Município de Santa Cruz do Sul promulgada em 3 de abril de 1990. Santa Cruz do Sul: [s.n.], 1990.

BRASIL. Código Civil. Organização dos textos, notas e índices por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

4.10 Imagem em movimento (inclui filmes, fitas de vídeo, DVD, entre outros)

Inteligência coletiva e a construção de uma nova sociedade. Produção do setor de Áudio e Vídeo da UNISC. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2000. 1 videocassete.

4.11 Documentos sonoros (entrevistas, depoimentos, conferências, discursos, anotações de aula etc.)

REIGOTA, Marcos. A militância ecológica. Entrevistadora: C. Agnes, 1999. 1 cassete sonoro (15 min). Entrevista concedida à Editora da UNISC.

GRALOW, Hainsi. O futuro da fumicultura. Entrevistadores: M. Silva e P. Garcia. Santa Cruz do Sul, 2001. 1 cassete sonoro (30 min.). Entrevista concedida à pesquisa A economia regional no novo milênio.

4.12 Partes de publicações avulsas

a) capítulos de livro:

- Quando o autor do capítulo é o mesmo da obra:

FLORESTA, Nisia. A mulher. In:_____. Cintilações de uma alma brasileira. Tradução de Michele A. Vartulli. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, Florianópolis: Mulheres, 1997. p. 85-159.

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo da obra:

STOREY, Christine. Gênero e educação ambiental na Amazônia. In: NOAL, F. O.; REIGOTA, M.; BARCELOS, V. H. de (Org.). Tendências da educação ambiental brasileira. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998. p. 11-25

b) partes isoladas (páginas)

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. Excurso I: Ulisses ou mito e esclarecimento. In: _____. Dialética do esclarecimento. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. p. 57, 60, 65.

c) trabalhos apresentados em evento

MOREIRA, A. F. B. Multiculturalismo, currículo e formação de professores. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA, 2., 1998, Santa Cruz do Sul. Anais... Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998. p. 15-30.

SANTOS, M. F. das; NEGRÓN, M. J. M. Aplicações de séries de funções. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 5., JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNISC, 4., 1999, Resumos... Santa Cruz do Sul:

d) parte de enciclopédia

FREIRE, J. G. Pater familias. In: ENCICLOPÉDIA Luso-Brasileira de Cultura Verbo. Lisboa: Editorial Verbo, 1971. p. 237.

e) Bíblia

BÍBLIA. Macabeus. Português. Bíblia Sagrada. Tradução de Antônio Pereira de Figueredo. São Paulo: AGE, 1983. 4 v. p. 1133-1135

f) periódicos (volumes, fascículos, números especiais, separatas e artigos de periódicos e jornais)

REVISTA BRASILEIRA DE CLÍNICA & TERAPÊUTICA =
BRAZILIAN JOURNAL OF CLINIC & TERAPEUTICS. São
Paulo: Moreira Jr., v. 27, n. 2, mar. 2001.

- números especiais e suplementos

WEIMER, Günter. A arquitetura da imigração renana no Rio Grande do Sul. Redes - Estudos sobre a imigração alemã, Santa Cruz do Sul, v. 6, p. 7-23, maio 2001. 177 p. Número especial

- separatas de publicações periódicas

SAUL, Renato Paulo. A sociologia no vórtice da globalização. Separata de: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 7, p. 7-22, set. 1997.

- artigos de publicações periódicas com o autor identificado:

STRECK, Lênio Luiz. Direito penal, criminologia e paradigma dogmático: um debate necessário. Revista do Direito, Santa Cruz do Sul, n. 4, p. 71-89, dez. 1995.

AREND, Silvio Cezar. A economia do Rent-seeking. Estudos do CEPE, Santa Cruz do Sul, n. 3/4, p. 65-90, jan./dez. 1996.

SOARES, Delfim. Revolução cibernética na comunicação e ilusão democrática. Ciberlegenda, Niterói, n. 1, 1998. Disponível em:

. Acesso em: 29 jun. 1999.

- artigos de jornais:

AZEVEDO, Dermi. Sarney convida igrejas cristãs para diálogo sobre o pacto. Folha de São Paulo, São Paulo, 22 out. 1985. Caderno de Economia, p. 13.

SCHNELL, Adriana. A expressão artística transformada em profissão. Zero Hora digital, Porto Alegre, jun. 1999. Vestibular 99. Disponível em: <http://www.zh.com.br/especial10/pagina1.html>>. Acesso em: 16 jun. 1999.

4.13 Outras orientações sobre documentos de acesso em meio eletrônico

a) e-mail

SISTEMAS E TECNOLOGIAS. Solicitação de catálogos, lista de preços e outros materiais [Mensagem institucional]. Mensagem recebida por em 16 jun. 1999.

Obs.: Conforme nota da ABNT NBR 6023 (2002, p. 11), as mensagens que circulam por intermédio do correio eletrônico devem ser referenciadas somente quando não se dispuser de nenhuma outra fonte para abordar o assunto em discussão. Mensagens trocadas por e-mail têm caráter informal, interpessoal e efêmero e desaparecem rapidamente, não sendo recomendável seu uso como fonte científica ou técnica de pesquisa.

b) Homepage institucional

UNISC. Desenvolvido pela Universidade de Santa Cruz do Sul. 1995-2001. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: . Acesso em: 10 ago. 2001.

c) Banco de Dados

CENSO demográfico 2000: Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: [default.asp](#)>. Acesso em: 24 ago. 2001.

d) Programa (software)

SPHINX: sistemas de concepção de pesquisas e de análise estatística de dados quantitativos e qualitativos. Canos: Freitas & Cunha Consultores Ltda. [2000?] 1 CD-ROM. DELTA TRANSLATOR: Inglês/Português - Português/Inglês. São Caetano do Sul: MicroPower Software. 1999. 1 CD-ROM.

e) Brinquedo [jogo] interativo CD-ROM

A FANTÁSTICA viagem dos zoombinis. Washington, D.C: Broderbund software, Inc., 1996. 1 CD-ROM.

f) Software Educativo CD-ROM TABUADA. Tirando os números de letra. Curitiba: Positivo, [1999?]. 1 CD-ROM

5 Da responsabilidade do autor sobre os originais.

Observe-se que a responsabilidade pela integridade da informação, pelo conteúdo e correção gramatical dos originais submetidos aos expedientes editoriais deste periódico é de inteira responsabilidade dos autores proponentes.

Júlio Bernardes - Editor