

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

Reginaldo Ghiraldelli
(organizador)

EDITORA



UnB



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira (Presidente)
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Sely Maria de Souza Costa
: Verônica Moreira Amado

EDITORA



UnB

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

Reginaldo Ghiraldelli
(organizador)



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia

Coordenação de produção editorial : Equipe editorial
Preparação e revisão : Luciana Lins Camello Galvão
Projeto gráfico : Angela Gasperin Martinazzo
Diagramação : Wladimir de Andrade Oliveira
Haroldo Brito

© 2020 Editora Universidade de Brasília

Direitos exclusivos para esta edição:
Editora Universidade de Brasília

SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,
2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF
Telefone: (61) 3035-4200
Site: www.editora.unb.br
E-mail: contatoeditora@unb.br

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte
desta publicação poderá ser armazenada ou
reproduzida por qualquer meio sem a autorização
por escrito da Editora.

Esta obra foi publicada com recursos provenientes do
Edital DPI/DPG nº 3/2019.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

T578 Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira /
Reginaldo Ghiraldelli (organizador). – Brasília : Editora
Universidade de Brasília, 2021.
268 p. ; 23 cm. – (Pesquisa, inovação & ousadia).

ISBN 978-65-5846-016-9

1. Trabalho - Aspectos sociais. 2. Direitos sociais. 3. Política social. 4. Desigualdade social. I. Ghiraldelli, Reginaldo (org.). II. Série.

CDU 331(81)

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 17

Reginaldo Ghiraldelli

Capítulo 1

Trabalho, contrarreformas e (des)proteção social no Brasil 27

Reginaldo Ghiraldelli

Introdução 27

1. O Brasil nos tempos neoliberais e as mudanças nas relações de trabalho 32
 2. A construção contraditória dos direitos sociais no Brasil: crises, contrarreformas e retrocessos sociais 37
 3. A Contrarreforma Trabalhista e a dilapidação dos direitos sociais 47
- Considerações finais 52

Capítulo 2

Classe trabalhadora, novo sindicalismo e autoemancipação 61

Michelly Ferreira Monteiro Elias

Introdução 61

1. O avanço das lutas da classe trabalhadora no período de esgotamento da ditadura civil-militar e a formação do novo sindicalismo 64
 2. O significado político do novo sindicalismo para as lutas da classe trabalhadora brasileira 73
 3. O novo sindicalismo frente à perspectiva da autoemancipação da classe trabalhadora brasileira 78
- Considerações finais 83

Capítulo 3

O trabalho temporário no Estado capitalista 87

Eduardo Augusto Rodrigues Barros

Introdução **87**

1. O trabalho temporário no capitalismo **89**
 2. O trabalho temporário nos serviços privados e públicos no Brasil **91**
 3. O contrato temporário na carreira socioeducativa do DF e sua precarização **96**
- Considerações finais **115**

Capítulo 4

A participação social no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora 125

Natália Pereira Caixeta

Introdução **125**

1. Precarização estrutural do trabalho e rebatimentos na organização da classe trabalhadora **127**
 2. Percurso teórico-metodológico e controle democrático no campo da saúde do(a) trabalhador(a) **130**
 3. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) **149**
- Considerações finais **152**

Capítulo 5

A Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social 159

Renata Maria da Conceição Freitas

Introdução **159**

1. Contextualização sócio-histórica da Política Nacional de Educação Permanente para Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social **163**
 2. A Institucionalização da Educação Permanente **177**
- Considerações finais **192**

Capítulo 6

As multifaces do trabalho precário no Sistema Único de Assistência Social 201

Regiane Cota e Rocha

Introdução **201**

1. Considerações sobre as unidades dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) **208**

2. Condições de trabalho no Suas sob a ótica dos trabalhadores **211**

Considerações finais **224**

Capítulo 7

Ações profissionais e condições de trabalho de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde 231

Andreia de Oliveira

Reginaldo Ghiraldelli

Introdução **231**

1. Serviço Social, Saúde e Atenção Primária à Saúde **239**

2. O percurso metodológico-investigativo e a aproximação ao cotidiano de trabalho de assistentes sociais **243**

Considerações finais **260**

Sobre os autores e as autoras 265





7

Capítulo 7

Ações profissionais e condições de trabalho de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde

Andreia de Oliveira
Universidade de Brasília (UnB)
andreiao@unb.br

Reginaldo Ghirdelli
Universidade de Brasília (UnB)
rghirdelli@unb.br

Introdução

Em anos recentes, observa-se uma significativa ampliação do debate e das pesquisas sobre o exercício profissional dos assistentes sociais, enfatizando a formação, as ações, as atribuições privativas, as



competências, as demandas, as requisições e as condições de trabalho desses profissionais. Na condição de classe trabalhadora assalariada, o ponto de partida analítico da inserção dos assistentes sociais nos processos coletivos e especializados de trabalho, no âmbito da sociabilidade capitalista, pressupõe o entendimento do significado social da profissão a partir de uma relação dialeticamente indissociável entre trabalho e formação profissional, que se circunscreve na totalidade da vida social.

Desde a gênese do Serviço Social no Brasil, nos anos 1930, como profissão reconhecida, legitimada e inserida na divisão social e técnica do trabalho, que emerge para atender a necessidades sociais e intervir nas múltiplas expressões da “questão social” (IAMAMOTO, 2009), a área da saúde tem absorvido um contingente significativo de assistentes sociais.¹ De acordo com Iamamoto (2009), os assistentes sociais no Brasil são predominantemente servidores públicos, que atuam na formulação, planejamento, gestão e execução de políticas sociais, dentre as quais a política de saúde. As políticas sociais, compreendidas paradoxalmente como formas e estratégias de respostas às manifestações da “questão social” pela via do Estado e/ou de organizações privadas, ao tempo em que possibilitam o acesso da população aos direitos de cidadania necessários à sua sobrevivência, também atendem aos interesses capitalistas de reprodução do *status quo*.

Duas décadas após a fundação da primeira escola de Serviço Social em São Paulo, a profissão era reconhecida e regulamentada com base na Lei nº 3.252/1957, seguida pelo Decreto nº 994/1962, que complementa a primeira regulamentação e dispõe sobre o exercício da profissão (MATOS, 2015). A partir de então, são constituídos e criados os conselhos

¹ A “questão social”, objeto de investigação e intervenção profissional, precisa ser analisada com base no processo de acumulação e reprodução capitalista, pois, contraditoriamente, na medida em que a produção da riqueza se torna cada vez mais coletivizada, o seu resultado final é sempre apropriado de maneira privada. Produto das desigualdades, das formas de exploração-opressão e dos antagonismos entre as classes sociais, ela assume, mediante o protagonismo, reivindicações e lutas da classe trabalhadora, uma dimensão pública e política, que envolve conformismo, resistência e rebeldia dos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2008).

federal e regionais da profissão, à época intitulados Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS). Atualmente são denominados de Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).²

Para Bravo e Matos (2007), a partir dos anos 1940, observa-se uma ampliação do exercício da profissão na área da saúde, passando este a ser o setor com maior absorção do contingente de assistentes sociais. Além das múltiplas expressões da “questão social”, tendo em vista os fatores estruturais e conjunturais da sociedade capitalista, também justifica a ampliação do mercado profissional da área a formulação de um novo conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, introduzindo ações de cunho educativo e preventivo, com ênfase no trabalho multidisciplinar. Nesse período, a inserção profissional se dava em âmbito clínico-hospitalar e ambulatorial, e os trabalhadores do Serviço Social eram incorporados aos serviços de saúde por meio de ações baseadas no modelo médico-clínico, ou seja, como profissionais complementares à atividade médica – por isso também chamados de “paramédicos”, denominação dada aos profissionais não médicos que atuavam nos serviços de saúde (MATOS, 2009). Apesar do surgimento dos Centros de Saúde no Brasil, na década de 1920, a incorporação de assistentes sociais nesse espaço ocupacional ocorreu somente a partir dos anos 1970 (BRAVO; MATOS, 2007).

Entre os anos 1960 e 1970, o Serviço Social latino-americano experimenta um processo de revisão de sua base teórico-metodológica, ética, ideopolítica e operacional, que ficou conhecido como Movimento de Reconceituação (NETTO, 2001).³ Concomitantemente, nos anos 1970,

² Em 1940, é criada a primeira entidade da categoria de assistentes sociais, a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), que tinha seções em quase todos os estados brasileiros. A Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) foi criada em 1946, atualmente denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). As demais entidades surgem a partir dos anos 1950 e 1960, incluindo associações profissionais, sindicatos, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Assistentes Sociais, em 1962 (BRAVO; MATOS, 2007).

³ Ao analisar esse processo sob a ótica dialética de rupturas e continuidades, Netto (2001) identifica três direções no Movimento de Reconceituação, que são: a *perspectiva*

acontecia no cenário brasileiro o movimento da Reforma Sanitária, que tensionava e questionava o modelo sanitário vigente, até então organizado sob a ótica biomédica e clínico-médica, com estrutura hospitalocêntrica.⁴

A década de 1980, marcada pela saturação-esgotamento do regime militar, crise econômica e abertura política, apresenta avanços emblemáticos no que se refere ao movimento sanitário e às lutas da classe trabalhadora em prol de direitos sociais. Os resultados das reivindicações desses movimentos são notados por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília (DF), e da promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF/88), a qual apresenta um modelo de proteção social baseado em uma concepção de seguridade social que abrange a saúde, a previdência e a assistência social como direitos de cidadania – a saúde como direito universal e dever do Estado; a assistência a quem dela necessitar, mediante critérios de seletividade; e a previdência social com base na lógica do seguro contributivo. Logo após a promulgação constitucional, essas políticas foram regulamentadas por legislações específicas – no caso da saúde, pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, a partir das quais se regulou o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da universalidade, descentralização, hierarquização dos serviços, regionalização, participação e integralidade da assistência à saúde.

Porém, na contramão dessa ampliação e consolidação dos direitos sociais de cidadania baseados em uma perspectiva universalista, o Brasil dos anos 1990 implementa medidas ideopolíticas neoliberais, transferindo responsabilidades públicas e sociais do Estado para a esfera do mercado, com uma forte tendência de privatização dos bens,

modernizadora, orientada pela matriz estrutural-funcionalista e tecnocrática, hegemônica na profissão nos anos 1960 e 1970; a *reatualização do conservadorismo*, de inspiração fenomenológica e traços microscópicos na intervenção profissional; e a *intenção de ruptura*, embasada na tradição marxista, que passa a ser incorporada ao debate profissional nos anos 1980 e adensada nos anos 1990-2000.

⁴ No caso do processo de renovação do Serviço Social, por se tratar de um movimento que ocorre no interior da profissão, não houve nesse período uma relação direta da categoria profissional com as questões relacionadas à reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2007).

do patrimônio e dos serviços públicos. A partir disso, são apresentados dois projetos em disputa no que se refere à saúde: o projeto inspirado na reforma sanitária, de defesa da saúde pública, universal, com acesso democrático aos serviços, participação popular e atendimento interdisciplinar, e o projeto privatista, de caráter seletivo, fiscalizatório, individual, assistencialista e orientado para o incentivo aos planos de saúde (BRAVO; MATOS, 2007). Um terceiro projeto é identificado nos governos de Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), a saber, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que, em meio às contradições inerentes à implementação do Sistema Único de Saúde, limita as propostas iniciais do projeto de Reforma Sanitária em nome de um SUS possível, com base em arranjos institucionais e gerenciais que relativizam a responsabilidade estatal para com o direito universal à saúde pública (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

No Brasil, a seguridade social é o espaço ocupacional de predominância dos assistentes sociais, o que significa que o Serviço Social atua cotidianamente nas tensões postas entre as necessidades humanas e os interesses político-econômicos do capital financeiro. No caso da saúde, como qualquer outro espaço de atuação, apresentam-se particularidades que demandam, por parte dos profissionais, uma apreensão crítica e consciente da realidade social e dos determinantes da política de saúde, com seus rebatimentos nas ações cotidianas e incidências diretas na vida dos usuários dos serviços prestados. Tendo em vista a sua formação generalista, cabe sublinhar que os profissionais de Serviço Social inseridos nos serviços de saúde não desenvolvem apenas habilidades, conhecimentos, ações, atividades e procedimentos exclusivos e restritos à saúde, como em qualquer outra área das políticas e dos serviços sociais (MATOS, 2009). Porém, mesmo não havendo tal exclusivismo e restrições, esse espaço ocupacional apresenta particularidades, o que exige uma aproximação e apropriação a partir das habilidades e

dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas que perpassam a formação e o exercício da profissão.⁵

Resultado de importantes lutas e do protagonismo dos profissionais e das entidades representativas, o Serviço Social é reconhecido como uma profissão da área da saúde, conforme previsto na Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1997) e, nesse sentido, se insere como uma especialização nos processos coletivos de trabalho em saúde.⁶ Esse reconhecimento ocorre porque o Serviço Social atende a uma utilidade social, de modo a responder tanto às necessidades e demandas advindas da população usuária dos serviços prestados, quanto às demandas estruturais-conjunturais-institucionais da ordem social. Por isso, a partir das contradições fundamentais do capitalismo, o Serviço Social ocupa uma função clara e definida na divisão social e técnica do trabalho e, nesse caso, também na política de saúde.

Mesmo inserido em espaços institucionais rigidamente hierarquizados, burocratizados, precarizados e com correlações de forças cada vez mais complexificadas, o Serviço Social, por sua natureza de profissão regulamentada, possui relativa autonomia no exercício cotidiano de suas ações.⁷ Essas relações tensas e conflituosas se apresentam como dilemas e limites, mas também como possibilidades para a realização

⁵ De forma a atender uma demanda e necessidade da categoria profissional, o CFESS lançou os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010).

⁶ A Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamenta as profissões de saúde e, dentre elas, o Serviço Social. São reconhecidas as seguintes categorias profissionais: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Cabe sublinhar que o Serviço Social não é uma profissão exclusiva e restrita à área da saúde, mas tem também nela seu lócus de atuação profissional.

⁷ Essa relativa autonomia está condicionada e circunscrita ao cotidiano das ações do Serviço Social na sua relação com a totalidade social, ou seja, está permeada de disputas, antagonismos, contradições e interesses de classes. Essas ações e intervenções diretas na realidade estão direcionadas, orientadas e legitimadas com base nas diretrizes da formação acadêmico-profissional e no aparato legislativo-normativo que regula o exercício da profissão (IAMAMOTO, 2009).

do trabalho profissional, em consonância com os princípios e valores que orientam o projeto ético-político da profissão⁸.

O Serviço Social, requisitado em todos os níveis de complexidade da saúde para atender às múltiplas expressões da “questão social”, compõe também a equipe profissional da Atenção Primária à Saúde (APS), que, na relação com outras profissões, contribui para o atendimento e o acesso da população à política de saúde.

Na conjuntura brasileira recente, marcada pelo golpe parlamentar-empresarial-jurídico-midiático, que segue seu curso de regressão e liquidação dos direitos em todos os âmbitos da vida social (saúde, trabalho, educação, previdência, assistência social, habitação etc.), com repercussões nefastas e corrosivas para a sobrevivência da população, o exercício profissional se depara com as adversidades postas na reconfiguração da relação Estado-sociedade, incluindo cortes no orçamento público das políticas sociais, ataques à legislação trabalhista, criminalização das lutas sociais e ameaças aos princípios democráticos, além de privatização, mercantilização e refilantropização dos serviços sociais.⁹

⁸ Os projetos profissionais expressam a direção social de uma profissão em sintonia com o seu tempo histórico. O projeto ético-político do Serviço Social tem como referência o Código de Ética do Assistente Social de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93 (CFESS, 2012) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Com base em Netto (2007, p. 4), os projetos profissionais, construídos pela categoria de assistentes sociais, apresentam “[...] a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas” (inclusive o Estado, como instituição social pública a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

⁹ Medidas regressivas orientadas pela ortodoxia neoliberal e pelos anseios do capital financeiro podem ser constatadas nesse balanço dos últimos anos, sobretudo após o golpe institucional. Dentre elas, incluem-se a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabelece o teto dos gastos públicos e congela por 20 anos os investimentos nas políticas sociais, afetando drasticamente políticas como a saúde e a educação; a criação do Programa Criança Feliz, reeditando práticas filantrópicas e assistencialistas pautadas na cultura do primeiro-damismo e do voluntariado; e a Contrarreforma

Esse quadro conjuntural traz repercussões diretas para o trabalho de assistentes sociais que atuam *sobre e na* realidade (SANTOS, 2010), diretamente com a formulação, planejamento, gestão e execução de políticas sociais. Nos variados espaços institucionais em que atuam, os assistentes sociais lidam cotidianamente com o processo de radicalização da “questão social”, que se expressa no desemprego estrutural, na violência, no analfabetismo, na miséria, na perda e ausência de direitos, no racismo, no adoecimento, na LGBTfobia e em outras diversas manifestações de exploração e opressão contidas na sociabilidade capitalista.

As mudanças em curso na conjuntura brasileira rebatem no mercado profissional de trabalho dos assistentes sociais, o qual assume novos contornos, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergirem inéditas requisições e demandas, novas habilidades, competências e atribuições, colocando para o Serviço Social a necessidade de capacidade crítica, analítica, técnica, ética e política sintonizada com o tempo presente (IAMAMOTO, 2009).

Disso advém a necessidade de estudos que busquem uma compreensão e aproximação ao exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase nas ações profissionais e nas condições de trabalho – compreendendo o Serviço Social como inserido nos processos de trabalho em saúde, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Sanitária e do projeto ético-político da profissão, o que justifica o objetivo e a relevância da presente pesquisa.

Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), que, sob o discurso falacioso de “modernização das relações de trabalho”, viola direitos sociais e humanos do trabalho, em um amplo processo de degradação, intensificação e precarização do labor. A problematização dos efeitos corrosivos desse cenário após a consolidação do golpe de 2016 não desconsidera as medidas regressivas e de ataques aos direitos da classe trabalhadora adotadas durante o ciclo dos governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2016), do partido dos Trabalhadores (PT), a exemplo das contrarreformas da previdência social realizadas por ambos nesse período. Com isso, entende-se que a desresponsabilização do Estado brasileiro para com o trato das expressões da “questão social” por meio de políticas públicas e serviços sociais não é um fenômeno recente dos últimos anos; contudo, é agravado neste momento histórico.

1. Serviço Social, Saúde e Atenção Primária à Saúde

O ponto de partida da análise do Serviço Social na política de saúde como uma especialização do trabalho coletivo, sendo a Atenção Primária um dos espaços ocupacionais de absorção desse profissional, é a compreensão do significado social da profissão, da sua utilidade e da sua função na divisão social e técnica do trabalho, a partir do atendimento de necessidades sócio-históricas advindas das forças antagônicas da relação capital *versus* trabalho e que se materializam nas expressões da “questão social”. Nesse sentido, o exercício profissional, permeado por essas correlações de forças, se faz cotidianamente a partir das necessidades imediatas e mediatas circunscritas na complexa trama das relações sociais capitalistas.¹⁰ A problematização dessas questões afasta armadilhas analíticas de cunho endógeno, fatalista, aparente, empirista e salvacionista do exercício profissional (IAMAMOTO, 2008; 2009) e permite compreender as dimensões ético-políticas e socioeducativas da profissão, com base em finalidades e intencionalidades que dão subsídios e direcionamentos para as ações cotidianas.

As ações profissionais que envolvem o processo investigativo-interventivo, a formulação, o planejamento, a gestão, a execução de serviços e políticas sociais, os encaminhamentos e a orientação a indivíduos, grupos e famílias, são permeadas e guiadas pelos princípios e direção do projeto ético-político, e podem ser compreendidas como

[...] as atribuições que viabilizam as respostas dos profissionais às requisições colocadas pelas demandas institucionais, como parte da prestação de serviços sociais. Essas ações materializam o caráter interventivo do Serviço Social e dentre as mais comuns estão: executar,

¹⁰ É fundamental, na análise de situações concretas e complexas da totalidade social, a apreensão ontológica das mediações que se constituem na relação dialética e contraditória entre a *singularidade* (nível dos fatos, da imediatez), a *universalidade* (generalização, âmbito da legalidade, das determinações sociais, dos fenômenos históricos) e a *particularidade*, entendida como o campo das mediações, da processualidade e da relação entre os níveis singulares e genéricos da realidade social (SANTOS, 2010).

orientar, agrupar, providenciar, acompanhar, socializar, coordenar, planejar, pesquisar, monitorar, supervisionar, organizar e administrar, estudar e analisar, emitir parecer, assessorar, consultorar. [...] Esses conteúdos estão permeados pelas concepções teóricas, pela perspectiva ético-política, as quais fundamentam e direcionam as escolhas profissionais. (TRINDADE, 2012, p. 70).

No que se refere ao exercício profissional de assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde (APS), esse espaço ocupacional é privilegiado no sentido de propiciar o contato direto com usuários dos serviços prestados e, assim, potencializar ações políticas e educativas que fortaleçam a participação, a democratização e ampliação do acesso aos direitos e o controle democrático, de forma a contribuir com a superação da cultura do favor, da subalternidade e das práticas clientelistas, moralistas, culpabilizadoras e imediatistas.¹¹

Desse modo, uma intervenção crítica, consciente e propositiva, passa pelo entendimento do conceito ampliado de saúde, que, como uma das expressões da “questão social”, está diretamente relacionada às condições de vida e de trabalho da população e fundamentada no reconhecimento de aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, territoriais, ambientais e tecnológicos.

Nessa linha, a saúde é pensada sob o prisma da determinação social como construção social, em que determinações sociais perpassam as dimensões da vida dos indivíduos em sociedade, compondo a totalidade. Assim, pensar a saúde na perspectiva da determinação social é romper com concepções fragmentadas, isoladas, a-históricas, reducionistas, naturalistas, exclusivamente biológicas, comportamentais e individualistas da vida humana, o que não significa desconsiderar seus aspectos genéticos e fisiológicos (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Com isso, problematizar a saúde é situar dialeticamente o contexto social e as condições objetivas de vida e trabalho da população, tendo em vista o grau

¹¹ Considerando que não há neutralidade na vida em sociedade, as ações profissionais podem estar direcionadas a valores democráticos e emancipatórios e/ou voltadas para a reprodução e manutenção de relações de dominação, exploração e opressão (GUIMARÃES, 2017).

de organização da sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais vigentes (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

No atual cenário de implementação célere de medidas neoliberais, são observados desmontes e ataques aos direitos historicamente conquistados a partir de lutas sociais, travadas no embate de interesses entre as classes sociais. Com isso, a saúde passa a ser vista pelos grupos econômico-financeiros como um negócio rentável e lucrativo, ou seja, uma política que pode ser privatizada, vendida e consumida no mercado. Tal iniciativa ganha proporções a partir de manobras e estratégias do Estado, que, baseado no discurso da crise e da necessidade de redução de suas despesas com as políticas públicas, transfere suas responsabilidades para o setor privado, que se beneficia de recursos públicos.

A CF/88 reconhece o direito universal à saúde, prevendo equidade, integralidade, qualidade no acesso, atendimento e assistência à saúde. Porém, de forma a atender aos anseios mercantis e lucrativos do capital financeiro, o texto constitucional também manteve a concepção privatista dos serviços de saúde, o que possibilita a sua desestatização. Isso revela a arena de interesses e disputas em que se situa a política de saúde no Brasil, colocando, para a classe trabalhadora, a necessidade de resistência e lutas permanentes em defesa da saúde pública, universal, estatal e de qualidade.

No que se refere à Atenção Primária à Saúde, suas experiências emergem nas primeiras décadas do século XX, com concepções teóricas, metodológicas e políticas diferenciadas. Na contemporaneidade, a APS prevê a reorganização do sistema de saúde a partir da prestação de serviços voltados para as necessidades individuais e coletivas da população, segundo uma delimitação geográfica, espacial e territorial.¹²

¹² Conforme Lavras (2011), dentre as experiências germinais de Atenção Primária à Saúde, estão o Relatório Dawson (Reino Unido), de 1920, que concebia a APS como um conjunto sistêmico regionalizado e hierarquizado a partir de definições geográficas, o qual serviu posteriormente de base para a organização dos sistemas de saúde de várias nações, e a Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão), de 1978, que, em síntese, compreendia a assistência e os cuidados primários em saúde como

No Brasil, os Centros de Saúde, criados nos anos 1920 no estado de São Paulo, enfatizavam ações integradas de educação sanitária e promoção da saúde. Na década de 1960, observa-se uma expansão significativa dos Centros de Saúde e, nos anos 1970, sob a influência do movimento da Reforma Sanitária, as experiências de medicina comunitária (LAVRAS, 2011).¹³

Na década de 1980, a CF/88 apresenta a concepção de Seguridade Social e reconhece a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado, instituindo o SUS com seus princípios e diretrizes. Nos anos 1990, a APS, a partir da municipalização, começa a se estruturar e a se organizar de maneira uniformizada (LAVRAS, 2011), com ações orientadas pelos princípios do SUS, ou seja, universalidade, equidade, integralidade e participação social, sob a responsabilidade dos municípios. O SUS se constitui como um modelo de assistência à saúde, na perspectiva dos direitos, da cidadania, da participação, da descentralização, da democracia e do controle social, o que contribuiu para a incorporação de assistentes sociais em todos os níveis de complexidade, tendo em vista o acirramento das desigualdades sociais diante das contradições postas na sociabilidade capitalista e a reconfiguração do papel do Estado no que se refere ao compromisso com as políticas públicas e os serviços sociais.

A partir da adesão à cartilha neoliberal nos anos 1990, inúmeros são os obstáculos e impasses para assegurar a implementação dos direitos sociais previstos na CF/88. Ainda nos anos 1990, com o objetivo de reorganizar as práticas de saúde e substituir as ações tradicionais de saúde baseadas na lógica curativa e hospitalocêntrica, são criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Em seguida, em 1997, o

essenciais para o desenvolvimento da comunidade, dos indivíduos e das famílias. Diante disso, observa-se a expansão e o fortalecimento da APS.

¹³ No contexto de subsunção da política social às prerrogativas da política econômica de orientação neoliberal, Guimarães (2017) aponta que as experiências de estruturação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) acontecem no auge da crise dos sistemas de proteção social, transferindo responsabilidades do Estado para as famílias.

PSF é substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF),¹⁴ política de Atenção Básica que se orienta pelo trabalho em equipe multiprofissional e pela integralidade, territorialização e hierarquização. Sendo o Serviço Social uma profissão da área da saúde, esse é também um espaço sócio-ocupacional de assistentes sociais, o que evidencia a necessidade e a importância de abordar e conhecer a inserção desses profissionais nos respectivos lócus.

Tais apontamentos justificam a necessidade de pesquisas sobre a inserção do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde, enfatizando as ações profissionais e as condições de trabalho. No intuito de suprir necessidades e lacunas nesse âmbito, a presente pesquisa objetivou se aproximar dessa realidade. A partir de um recorte teórico-metodológico, mesmo que de forma limitada e aproximativa, apresentamos os resultados obtidos no percurso investigativo.

2. O percurso metodológico-investigativo e a aproximação ao cotidiano de trabalho de assistentes sociais

A presente pesquisa, resultado de revisão bibliográfica sobre o tema, análise documental e pesquisa de campo, aborda as ações profissionais e condições de trabalho de assistentes sociais a partir de uma interpretação qualitativa, mas sem desconsiderar os dados quantitativos obtidos e incorporados ao percurso investigativo, tendo em vista seus aspectos complementares (MINAYO, 2010). Pretendeu-se analisar o exercício profissional no tempo presente, a partir das condições objetivas, contraditórias e complexas da vida social. Para alcançar os resultados aproximados, mapear o universo quantitativo dos profissionais inseridos nesse espaço ocupacional e estabelecer comunicação direta com assistentes sociais, foi fundamental a parceria com a Gerência de Serviço Social da Secretaria de Estado de

¹⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como modelo essencial de organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Básica no Brasil, com o propósito de catalisar o processo saúde-doença dos indivíduos na instância da família e na esfera das comunidades.

Saúde do Distrito Federal (GESS/SES/DF), que disponibilizou as informações necessárias ao contato entre pesquisadores e assistentes sociais vinculados à Atenção Primária à Saúde.¹⁵ Após o levantamento do quantitativo de profissionais, foram cedidos pela Gerência os contatos eletrônicos desses profissionais para a aplicação do questionário, elaborado pela Plataforma Google e enviado virtualmente a toda a equipe que compunha o banco de dados. Junto ao questionário, foram apresentados os objetivos da pesquisa, contendo as orientações sobre os cuidados éticos acerca do sigilo, tendo em vista que o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB). Para atender às recomendações éticas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e suas identificações foram mantidas em anonimato. Em seguida, após a sistematização dos dados obtidos por meio das respostas ao questionário *on-line*, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais.

De um universo de 95 assistentes sociais¹⁶ com atuação no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, 26 profissionais, ou seja, o correspondente a 27,37% do total, responderam ao questionário aplicado *on-line* na plataforma Google, sendo eles lotados nos seguintes espaços ocupacionais: 11 profissionais inseridos em Centros de Saúde; seis no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); cinco na Atenção

¹⁵ Registramos o nosso agradecimento à Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (GESS/SES/DF) pela colaboração com a pesquisa em diversas etapas, especialmente à assistente social Michelle da Costa Martins, que integrou a equipe técnica da pesquisa; aos estudantes de graduação que participaram da pesquisa, tanto na iniciação científica, quanto na realização de trabalhos de conclusão de curso (Ana Ketelin Justino Ferreira, Ana Paula Barbosa Cruz, Beatriz Fonseca Cerqueira, Jozieli Maria Sousa Barros, Júlia Caroline Pires, Juliana Oliveira de Almeida, Murilo Martins Braga, Raísa Nunes dos Santos Garcia e Valdenise Barreto de Almeida); e também aos profissionais de Serviço Social inseridos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, que participaram como sujeitos de pesquisa.

¹⁶ Total de assistentes sociais com atuação na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal em abril de 2016, período em que a pesquisa de campo foi iniciada. O questionário *on-line* foi aplicado no período de abril a outubro de 2016.

à Saúde no Sistema Prisional; três na Equipe de Atenção Domiciliar (EAD); e um no Consultório na Rua.¹⁷

Após a sistematização dos dados obtidos por meio das respostas aos questionários, iniciou-se a etapa de realização das entrevistas semiestruturadas.¹⁸ Participaram das entrevistas 15 assistentes sociais que atuam na APS do Distrito Federal, sendo cinco profissionais inseridos em Centros de Saúde; quatro na Atenção à Saúde no Sistema Prisional; dois no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); dois na Equipe de Atenção Domiciliar (EAD); e dois no Consultório na Rua. Alguns assistentes sociais participantes da entrevista também responderam ao questionário *on-line*, enquanto outros participaram apenas de uma das etapas da pesquisa empírica, ou seja, responderam apenas ao questionário *on-line*, ou participaram somente da entrevista semiestruturada.

No que se refere às particularidades da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Göttems (2010) sinaliza sua implementação, nos anos 1970, a partir de planos e medidas governamentais, informando que, historicamente, a APS é atravessada por configurações e adequações diferenciadas e submetida a alterações a cada gestão governamental, o que contribui para a descontinuidade e desarticulação da rede de serviços em todos os níveis de complexidade. O Plano Distrital de

¹⁷ O total de profissionais na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal era de 95 pessoas, conforme os dados obtidos pela Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde no período que abrange a realização da pesquisa, sendo que, por serviço e unidade, esse número estava distribuído da seguinte forma: Centro de Saúde, 62 assistentes sociais; Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dez assistentes sociais; Equipe de Atenção Domiciliar, 11 assistentes sociais; Consultório na Rua, três assistentes sociais; e Atenção à Saúde no Sistema Prisional, nove assistentes sociais.

¹⁸ Algumas entrevistas foram realizadas nos respectivos espaços ocupacionais de atuação, e outras, nas instalações da Gerência de Serviço Social da SES/DF. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e, em seguida, analisadas. Os entrevistados assinaram o TCLE, seguindo as recomendações éticas. De forma a manter o sigilo, a identificação desses sujeitos foi estabelecida de acordo com a sigla AS para se referir a assistente social, seguida pela sigla do serviço-unidade de inserção, ou seja: Centro de Saúde (AS-CS), Consultório na Rua (AS-CR), Equipe de Atenção Domiciliar (AS-EAD), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (AS-Nasf) e Saúde Prisional (AS-SP), seguida de ordem numérica, de acordo com o quantitativo de participantes.

Saúde vigente (2016-2019) destaca a necessidade do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), definida como o modelo de organização da APS, com meta de expansão, qualificação e ampliação de equipes conforme as diferentes necessidades, demandas da população e particularidades locais, tais como Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Rural, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, dentre outros.

Diante disso, a partir da obtenção de dados resultantes do questionário e das entrevistas semiestruturadas, é possível apresentar em linhas gerais elementos que esboçam o perfil profissional de assistentes sociais inseridos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Os resultados identificaram a predominância feminina como uma marca histórica da profissão (IAMAMOTO, 2009) e o catolicismo como religião professada pela maioria, seguido pelo protestantismo e o kardecismo, consecutivamente. Todos os profissionais, sendo servidores públicos, possuíam vínculo estatutário de trabalho, sendo que apenas um dos participantes cumpria uma jornada laboral de 20 horas semanais, já que os demais informaram trabalhar 40 horas semanais. Tal dado aponta desafios para a categoria profissional no que se refere à implantação da Lei nº 12.317/2010, que estabelece a jornada laboral de 30 horas semanais sem redução de salário para assistentes sociais, uma conquista recente que expressa a capacidade político-organizativa e as lutas coletivas do Serviço Social brasileiro. Sobre o perfil etário, eram profissionais com idade superior a 28 anos e inferior a 59 anos. No que se refere ao tempo de atuação profissional, seja como assistentes sociais em diversos espaços ocupacionais e áreas, seja somente na área da saúde, os dados revelam um período mínimo de dois anos e, em alguns casos, superior a 20 anos. Em relação à renda média individual, a remuneração variou de sete a 16 salários mínimos. Outro dado relevante diz respeito à qualificação profissional, pois se observa que a maioria havia realizado formações no âmbito da pós-graduação, seja *lato sensu* (especializações), seja *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado), voltadas para as áreas de Serviço Social, Política Social e/ou de saúde (como Saúde Pública, Saúde

Mental, Saúde da Família, Saúde Materno-Infantil, dentre outros enfoques), além da residência multiprofissional.

Em relação ao processo de formação continuada, os profissionais procuravam manter-se atualizados, naquilo que diz respeito à profissão, por meio da participação em palestras, eventos, simpósios, congressos, fóruns de supervisão de estágio, cursos, leituras de livros e artigos, congressos da categoria profissional e áreas afins, dentre as oportunidades de formação oferecidas pela Gerência de Serviço Social, pelo Ministério da Saúde e pela SES-DF.

A Gerência de Serviço Social sempre encaminha os cursos de capacitação e eu participo de quase todos, porque acho importante. O assistente social tem que estar sempre capacitado. (AS-SP 01)

As ações de formação continuada contribuem para a qualificação, o desenvolvimento de habilidades e competências e a apreensão histórico-crítica das múltiplas e complexas manifestações da “questão social”, a partir de aportes teórico-metodológicos e ético-políticos que fornecem subsídios para a intervenção profissional que se dá na concretude e na cotidianidade da realidade social.¹⁹ Nesse sentido, é importante a defesa e a implementação de políticas voltadas para uma formação crítica e permanente dos profissionais, com o escopo de superar ações imediatistas, moralistas, culpabilizadoras e pragmáticas, pautadas na lógica instrumental, gerencial, empirista, focalizada, a-histórica e de padronização dos procedimentos a partir da incorporação de manuais institucionais e autoexplicativos (MOTA, 2014).²⁰

¹⁹ Para Matos (2015, p. 685), o cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da sociabilidade, inclusive as relacionadas ao trabalho. Isso significa que um profissional qualificado dará respostas mais qualificadas às demandas apresentadas. Se os valores emancipatórios do projeto ético-político forem de fato internalizados, as repostas profissionais serão emancipatórias, ou seja, estarão na contramão da sociabilidade burguesa que naturaliza a desigualdade social, estimula o preconceito e desqualifica os indivíduos que estão fora do padrão dominante.

²⁰ Bravo e Matos (2007) ressaltam a importância das diretrizes das profissões de saúde ao enfatizarem uma formação crítica e generalista, na perspectiva da Reforma

Ainda sobre as diversas formas, estratégias e possibilidades de formação permanente, os profissionais retrataram a importância da residência multiprofissional em saúde e o estágio supervisionado como espaços de interlocução continuada e aprendizado coletivo. A maioria dos assistentes sociais entrevistados declararam supervisionar ou haver supervisionado estágio em algum momento, destacando o seu significado pedagógico no processo formativo. Entretanto, expressaram dificuldades, obstáculos e limitações institucionais para o acompanhamento de estagiários diante das condições de infraestrutura, da burocracia,²¹ da precarização e da sobrecarga de trabalho.

O estágio tem um papel fundamental. Quando você encontra um supervisor bom, ele muda a sua visão da profissão. (AS-CS 02)

O estágio é uma experiência sempre muito rica; a troca é muito rica. (AS-CS 01)

Já supervisionei no HRAN porque tinha computador, tinha sala; já supervisionei na assistência, mas aqui no centro de saúde ainda não, porque eu nunca tive uma sala. Como é que eu vou colocar uma pessoa aqui? (AS-CS 05)

Em relação às ações e atividades desenvolvidas na APS, foram destacadas, seguindo uma ordem de maior recorrência, as seguintes: atendimento e orientação a indivíduos, grupos e famílias; visitas domiciliares e institucionais; elaboração de estudo e relatório social; reuniões

Sanitária e do SUS, ou seja, uma formação que não seja fragmentada ou meramente técnico-instrumental.

²¹ A formação continuada deve estimular o processo de ensino-aprendizagem, a aquisição de habilidades e o desenvolvimento de competências a partir de aportes teóricos e críticos sobre a realidade social, de modo que o profissional não sucumba ao cumprimento de normas, regras, cartilhas e prescrições institucionais, recaindo na burocratização e na lógica da razão instrumental. Para Iamamoto (2009), a racionalidade burocrática, ao contrário daquilo que proclama, ou seja, de atender os interesses gerais da sociedade, na verdade se revela como irrealidade de um mundo invertido.

da equipe multiprofissional; execução de políticas sociais; atividades de mobilização, organização e participação social; supervisão de estágio; elaboração de projetos sociais; monitoramento de planos, programas e projetos; e formulação, planejamento e avaliação de políticas sociais.

Diante das particularidades desse espaço ocupacional, os profissionais enfatizam a importância das atividades realizadas com grupos sociais, no sentido de discutir questões atinentes à saúde e aos direitos sociais. Vale salientar que as ações profissionais não são neutras e nem um fim em si (GUIMARÃES, 2017), pois elas se realizam na processualidade histórica, com direção, finalidades e escolhas entre as alternativas postas na concretude social. Isso possibilita compreender a dimensão política e educativa do exercício profissional, que pode reforçar e reproduzir relações de dominação-exploração-opressão, ou construir, a partir das ações cotidianas, alternativas concretas e comprometidas com valores democráticos e emancipatórios. Nessa perspectiva, os profissionais destacam a importância da dimensão pedagógica do Serviço Social:

A Atenção Básica é o ponto de partida de tudo. Então, se tiver um bom acolhimento aqui, as chances dos danos e das morbidades diminuem. (AS-CS 02)

As ações desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no Distrito Federal são realizadas, em sua maior parte, por meio de equipe multidisciplinar, com ênfase no matriciamento às Equipes de Saúde da Família (ESF). Sobre o matriciamento, Campos e Domiti (2007) apontam, dentre as suas características, propostas e objetivos, a superação de práticas tradicionais, autoritárias e verticalizadas, pois até então as tarefas se organizavam de modo repetitivo, fragmentado e parcial, voltadas para a eficiência e eficácia e o adestramento do trabalhador. Em linhas gerais, as entrevistas apresentam a organização do trabalho no Nasf.

É um núcleo que tem vários profissionais de diferentes saberes, diferentes formações que dão apoio matricial às

equipes de saúde da família, equipes básicas que geralmente têm médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico em enfermagem e o pessoal da saúde bucal. O Nasf aqui, especificamente, está composto por mim, que sou assistente social, e tem a fonoaudióloga, tem um pediatra, tem dois nutricionistas, e tinha uma terapeuta ocupacional que agora foi para a gerência. Muda de acordo com as especialidades de cada Nasf. Cada um tem um formato, mas existem várias especialidades: psicólogo, psiquiatra. A gente tinha homeopata também uma época, fisioterapeuta, até educador físico. (AS-Nasf 01)

A gente não é porta de entrada, é de apoio matricial. Mas existe atendimento individual, existe demanda espontânea, existe visita, todas essas coisas. A diferença é que a gente tenta fazer isso sempre junto com as equipes, é tudo discutido em conjunto, para qualificar, não ficar só em atendimentos pontuais, sem interlocução de nada. Matriciamento é essa ideia de empoderar as equipes para conseguirem lidar com demandas que vão surgindo, de acordo com cada conhecimento que a gente tem enquanto profissionais de especialidades específicas. (AS-Nasf 01)

A gente tem aqui o Projeto Terapêutico Singular, que é um projeto que você faz do paciente, quando é um paciente que engloba mais de um, dois ou três profissionais; a gente tenta fazer esse projeto, mas não é uma coisa em que a gente ainda está atuando muito, porque falta tempo de sentar e planejar, mas estamos tentando adaptar, trabalhamos em equipe. (AS-Nasf 02)

A centralidade do trabalho do Nasf, como se observa, está direcionada para o suporte às ESF e, desse modo, a ênfase não recai no atendimento aos usuários, apesar da existência dessa abordagem nas situações necessárias. Esse suporte às equipes aparece caracterizado como apoio institucional e/ou matricial, de modo que as ações desenvolvidas se vinculam a essa atividade por meio de uma postura de trabalho coletivo, dialógico e horizontal.

O processo de trabalho coletivo em saúde pode assumir posturas e tendências diversas, o que requer de assistentes sociais a apreensão crítica do seu objeto de investigação-intervenção, das atribuições e competências profissionais e dos princípios ético-políticos que embasam o projeto da profissão, de forma que sua atuação seja orientada por meios e fins comprometidos com os interesses e necessidades da classe trabalhadora. Dentre as ações presentes na APS, considerando a heterogeneidade das falas, estão o acolhimento, a orientação social, o planejamento das atividades, as visitas domiciliares, a gestão, a supervisão de estágio, o trabalho em equipe, a abordagem de rua, a educação popular e a proposta do Projeto Terapêutico Singular.

O trabalho consiste na internação domiciliar; o principal instrumento de trabalho é a visita domiciliar. A gente faz um serviço para pacientes de doenças crônicas não transmissíveis, cuidados paliativos oncológicos. (AS-EAD 01)

O serviço é a assistência domiciliar, dar assistência em domicílio aos pacientes de média complexidade. Na maioria dos casos, atendemos demências em estados avançados, acamados, AVC e alguns cuidados paliativos. O trabalho nosso consiste em capacitar os cuidadores, dar assistência aos cuidadores. (AS-EAD 02)

O Consultório na Rua, dentro da Atenção Básica, está para a população em situação de rua como o posto de saúde está para as demais pessoas da comunidade. Por isso, a pessoa está na rua, não te conhece, é necessário conquistar sua confiança. (AS-CR 02)

O nosso trabalho tem várias dimensões. Tem a dimensão assistencial, a dimensão educativa, que eu faço na escola, a dimensão da gestão, e tem ainda a dimensão do ensino, que é o estagiário, que eu recebo todo ano. (AS-CS 02)

No atendimento individual, os demais profissionais fazem as consultas, mas o meu atendimento é diferente. É um atendimento específico, que em geral os

profissionais aqui não fazem. Mas as práticas educativas eles também têm, só que a abordagem é diferente. Eles costumam fazer no formato de palestras, e eu trabalho mais com as práticas em saúde mesmo, com educação popular, com roda de conversa, é um pouco diferente em relação à metodologia. (AS-CS 05)

Em algumas situações, a partir de um viés psicoterapêutico no contato e no atendimento profissional de assistentes sociais com usuários dos serviços prestados, pode acontecer uma abordagem de cunho terapêutico, subjetivista e individualista (GUIMARÃES, 2017), desconsiderando as condições concretas, históricas, coletivas e objetivas presentes na totalidade social. Nesse caso, pode-se incorrer nas armadilhas de naturalização, de patologização e de despolitização das expressões da “questão social”. Por outro lado, mesmo nos limites postos pela realidade e na contramão da naturalização das desigualdades sociais, os assistentes sociais inseridos nos processos contraditórios de trabalho em saúde podem contribuir e cooperar, a partir de sua dimensão político-educativa e da prestação de serviços de qualidade, para o acesso e viabilização dos direitos sociais dos usuários, a democratização da gestão público-estatal, a socialização de informações, o fortalecimento e alargamento de canais participativos e de controle democrático e demais lutas ampliadas da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2008; 2009).

Em relação aos instrumentos técnicos e operativos incorporados no cotidiano das ações profissionais, foram mencionados, seguindo a ordem de maior incidência nas respostas, os seguintes: relatório social; encaminhamentos para a rede de proteção social; entrevista social; reuniões (com equipe, com famílias, com cuidadores); visita domiciliar e institucional; estudo social; parecer social; atas. Foi mencionado o uso do TrakCare (sistema unificado de informações de saúde), que corresponde ao registro em prontuário eletrônico, além da incorporação cada vez mais recorrente do telefone celular, com o recurso do WhatsApp. A dimensão técnico-operativa

[...] é a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. [...]. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão. [...] a intervenção de natureza técnico-operativa não é neutra: ela está travejada pela dimensão ético-política e esta, por sua vez, encontra-se aportada em fundamentos teóricos [...]. (GUERRA, 2012, p. 40).

De acordo com os relatos, o exercício profissional se faz na interface com os princípios do código de ética e com a direção do projeto ético-político, expressando-se cotidianamente nos atendimentos e nas problematizações no ambiente de trabalho com a equipe multidisciplinar, na prestação de serviços de qualidade, na atuação comprometida com a democratização do acesso aos serviços e políticas sociais, nas relações horizontais estabelecidas com os usuários e a equipe, por meio de posturas não arbitrárias e contrárias a todas as formas de preconceito e discriminação de gênero, raça, etnia, classe social, nacionalidade, religião e orientação sexual, além das questões pertinentes ao sigilo profissional, que, ao assegurar aos profissionais a manutenção da confidencialidade sobre as informações dos usuários, protegem o direito desses mesmos usuários na relação com os demais profissionais da equipe.

Ainda assim, com relação ao sigilo profissional, embora os entrevistados relatem resguardá-lo, também destacam a dificuldade de sua efetivação, tendo em vista a característica do trabalho realizado nas diferentes ramificações de serviços, como é o caso do sistema prisional. Para assistentes sociais inseridos nesse espaço ocupacional, o sigilo constitui uma dimensão de difícil materialização, diante das particularidades do local de trabalho, em função da presença da escolta durante o atendimento. Isso significa que um agente penitenciário acompanha o interno e o aguarda na porta, do lado de fora da sala. Desse modo, por motivos de “segurança”, a porta deve permanecer entreaberta. Tal medida possibilita a escuta, pelo agente penitenciário, dos relatos do

interno, o que fragiliza o sigilo e a confidencialidade na relação entre assistente social e usuário.²²

A partir das narrativas, observa-se a existência de autonomia profissional na instituição e junto à equipe. Entretanto, os entrevistados ressaltam que essa autonomia é relativa, uma vez que a falta de condições e infraestrutura adequadas para o trabalho inviabiliza a realização de várias atividades. Outro aspecto destacado se refere à fragilidade da rede de proteção social para a garantia de um atendimento integral e de qualidade aos usuários.

Junto à equipe eu tenho autonomia, mas o que freia tudo isso é que você fica limitada a uma estrutura de Estado. Chega uma hora que você fica desorientada sobre o que vai fazer, porque a família precisa de tanto suporte que o Estado não dá. (AS-EAD 01)

É relativa, não tem tanto essa questão da interferência no atendimento que é feito, no material que é produzido, mas às vezes, quando é para você desenvolver algum outro tipo de atividade que não está nesse do atendimento individual, aí geralmente você não tem muito apoio. Então, assim, é uma autonomia relativa; você tem autonomia para fazer? Tem, mas se efetivamente vai conseguir fazer aquilo... (AS-CS 03)

Os depoimentos contribuem para a compreensão da inserção profissional na arena contraditória da sociabilidade capitalista, pois os assistentes sociais atuam cotidianamente nas relações conflituosas entre os interesses do capital e do trabalho (GUERRA, 2007). Por isso, faz-se necessário analisar o exercício profissional sob o ângulo das determinações estruturais e conjunturais presentes na sociedade. A saúde, uma das áreas de atuação do Serviço Social, é um espaço privilegiado de aprofundamento da democracia, da cidadania, da interdisciplinaridade,

²² De acordo com o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, em seu Capítulo V (artigos 15, 16, 17 e 18), o sigilo profissional é reconhecido como um direito e um dever de assistentes sociais (CFESS, 2012).

da participação popular e das lutas de classes (BRAVO, 2007), em que estão postos projetos em disputa. De um lado, um projeto privatista orientado pela ortodoxia neoliberal e, de outro, o projeto da Reforma Sanitária, consubstanciado na defesa da saúde pública como direito universal de cidadania, e que se encontra fortemente ameaçado.

A pesquisa também identificou um processo de intensificação e precarização do trabalho, em que assistentes sociais avaliam criticamente as condições degradantes e desgastantes às quais estão submetidos, em uma conjuntura de carência de materiais básicos para o exercício da profissão, como a falta de papel, de carro, de telefone, de computador e de salas para atendimento individual, dentre outros insumos e recursos indispensáveis à realização das atividades cotidianas.

Falta papel, coisas básicas como toner, luva, lençol; o telefone está cortado há um mês. A gente não tem carro da instituição. Somos em oito dentro daquela salinha, e quando vamos fazer atendimento individual e tal, é uma batalha para conseguir consultório vazio. A gente tem que ver quem é que está de folga. Para fazer atendimento específico é difícil, mas a gente dá conta, tem que ser muito criativo para trabalhar na saúde. (AS-Nasf 01)

A gente fica frustrada em algumas coisas, como, por exemplo, falta de material. Queremos comprar um quadro agora, desses para escrever. Falta a parte de suprimento, não tem apoio da Secretaria em algumas coisas. Essa coisa do carro mesmo, pega muito, porque se acontece alguma coisa com a gente no meio da rua, a Secretaria não quer saber se o carro estragou, se você foi baleada fazendo a visita. Então, também não tem segurança nesse sentido. (AS-Nasf 02)

Não só para o Serviço Social, mas para todos da equipe, o espaço é muito ruim, nós não temos espaço aqui. É insalubre, pequeno, a equipe é muito grande com pouco espaço. (AS-EAD 02)

A partir das narrativas, observa-se que a indisponibilidade de carro e motorista nas unidades e serviços tem levado ao uso do veículo particular de assistentes sociais para a realização de visitas domiciliares e institucionais. No caso da disponibilidade do transporte pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), há situações em que a função de condutor do veículo oficial é transferida ao profissional de saúde. Ou seja, no contexto de um mundo do trabalho polivalente, assistentes sociais também assumem a tarefa de motoristas. O uso de recursos próprios para a realização do trabalho é recorrente nas falas, especialmente do carro particular, do computador e do telefone celular.

A gente faz visita normalmente a pé porque é perto da área. Mas quando é para fazer visita intersetorial ou mais longe, é no carro próprio mesmo. (AS-Nasf 01)

Atualmente não tenho telefone, mas já tenho computador. Sempre fiquei sem computador, sempre levei o meu computador. Aí quando tem o computador, tiraram o telefone, então estou sem telefone, e estou com computador agora. (AS-SP 03)

O acirramento das medidas neoliberais de ajuste e austeridade, com efeitos diretos nos cortes e redução do orçamento público, também se traduz de modo significativo na esfera das condições de trabalho, ao desencadear processos de desgaste e adoecimento da classe trabalhadora. Trata-se de uma situação também vivenciada por assistentes sociais que atuam na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Com base nos depoimentos, são recorrentes as situações que suscitem formas desgastantes de trabalho para os assistentes sociais, tendo em vista as requisições, cobranças, pressões, sobrecarga, metas de produtividade e número reduzido de profissionais para o atendimento de demandas cada vez mais ampliadas e complexificadas diante da radicalização da “questão social”. Essa problemática não se restringe ao universo do exercício profissional dos assistentes sociais, mas, em uma perspectiva de totalidade, está relacionada às questões estruturais e conjunturais da sociedade capitalista. Porém, esses profissionais

discorrem sobre particularidades em seu âmbito de atuação que se diferenciam das de outros profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, como a necessidade de um período de tempo mais prolongado na atenção aos usuários, pois, em diversas situações, o atendimento introdutório se desdobra em outras atividades, tais como a realização de contatos com a rede socioassistencial, visitas institucionais, encaminhamentos, dentre outras ações.

Muitas vezes a gente tem um volume de trabalho maior, pois me demanda entrar em contato com três ou quatro locais no mínimo, articular com várias coisas, para ver se dá certo ou não. Então, isso aumenta muito o trabalho, não tem condição a energia que você gasta em cada atendimento. (AS-CR 01)

Cobrança, pressão, porque a gente trabalha com pessoas em situação de rua, pessoas dependentes de álcool e outras drogas, sofrimento mental. Daí você percebe que não está preparada para atender e isso demanda outro serviço. Então, há uma cobrança muito grande. (AS-EAD 02)

Faz um atendimento e muitas vezes ele começa quando a pessoa vai embora, porque tem desdobramentos de articulação que vai ter que fazer, de sentar com a equipe e discutir. Então, isso me exaure as forças, as energias. Enquanto o atendimento de um médico dura 15 minutos, o nosso dura no mínimo 30, e olhe lá. (AS-CS 01)

Eu fico sobrecarregada. Dentro do meu horário de trabalho, eu não estou conseguindo resolver tudo aquilo que preciso. Tem mais demandas de pessoas para serem atendidas. A pobreza aumentou, as relações estão mais difíceis, a criminalidade aumentou e isso tudo faz com que a demanda de trabalho aumente. Você vê a questão do envelhecimento, a questão do sofrimento mental, a dependência de álcool e outras drogas. E associado a isso aumentou a demanda por serviço, mas não aumentou o número de profissionais. Então, acaba tendo uma sobrecarga de trabalho. (AS-EAD 01)

Geralmente ocorrem pressões que estão relacionadas à resolução momentânea dos casos; por exemplo, se encaminha uma determinada situação, e acha que vai ser resolvida de maneira muito simples ou muito tranquila, e a gente sabe a complexidade das demandas que a gente atende. (AS-CS 03)

Os efeitos das transformações societárias, em que o mundo do trabalho se revela cada vez mais degradante, intensificado, adoecido e precarizado, incidem no modo de ser da classe trabalhadora, tanto em suas dimensões objetivas quanto subjetivas. Isso se observa também no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, parte da classe trabalhadora assalariada (RAICHELIS, 2011) que, ao se inserir na dinâmica dos processos laborais, não está isenta e incólume em relação às consequências deletérias e aos desdobramentos estruturais e conjunturais da sociedade capitalista. Dessa forma, as implicações perversas e nocivas dessa sociabilidade que se pauta nos princípios da competitividade, da meritocracia e do individualismo são visíveis e devastadoras, inerentes a um mundo do trabalho adoecido e que está em um constante processo de debilitação.

Eu vim para cá doente, com vários tipos de problema. Tenho duas hérnias de disco e foi por conta de trabalho. (AS-CS 02)

Eu fiquei afastada 12 dias por causa de coisas que vivi aqui no trabalho, e não existe nenhum tipo de política voltada para a saúde, para a nossa saúde. Pelo contrário, quando isso aparece, as pessoas não sabem lidar, não sabem acolher. (AS-CR 01)

Quem nunca ficou doente naquele lugar? Eu sou a mulher que mais deu atestado ali, já emocional; eu sofro de enxaqueca crônica. O ambiente é pesado, a energia é pesada, o espaço é ruim. (AS-SP 02)

As novas requisições, exigências e imposições colocadas para a classe trabalhadora, em um mundo do trabalho que se metamorfoseia e se reestrutura em tempos de crise estrutural do capital em sua dimensão financeira, demonstram a face e a natureza perversa, descontrolada e destruidora do capitalismo, em uma lógica de desumanização, de banalização do humano (IAMAMOTO, 2008) em proveito de interesses mercantis e lucrativos. Isso se constata nos processos de intensificação e precarização laboral, além do adoecimento em função do trabalho, como se verifica no caso dos assistentes sociais, que, juntamente com outras profissões e segmentos de trabalhadores, constituem a sociedade que vive e sobrevive do trabalho.

Em um mundo do trabalho cada vez mais complexificado, precarizado, intensificado e adoecido, com as medidas neoliberais em curso, por meio de privatizações²³ e redefinição das responsabilidades do Estado com a “coisa pública”, as expressões da “questão social” se agravam e se radicalizam, colocando para o Serviço Social brasileiro a necessidade permanente de resistir no cotidiano e de se somar às lutas da classe trabalhadora. Nesse processo, é notório e reconhecido o protagonismo das entidades profissionais representadas pelo Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais de Serviço Social (conjunto CFESS-CRESS), pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (Enesso).

²³ Dentre as medidas de privatização da política de saúde no Brasil, sob a orientação do Banco Mundial e do capital financeiro, está a implantação das Organizações Sociais, das fundações públicas de direito privado, da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e dos planos populares de saúde, que ameaçam a sustentação do SUS e representam a derruição de direitos historicamente conquistados. Emerge, nessa conjuntura político-econômica brasileira de ataques aos direitos sociais, um discurso do SUS possível (GUIMARÃES, 2017) que, sob a ótica “flexível” do direito à saúde, caminha na contramão da perspectiva universalista.

Considerações finais

A realização da pesquisa com assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, mesmo abrangendo somente uma das dimensões e particularidades da área da saúde e apenas um dos seus lócus de atuação profissional – considerando a sua amplitude e complexidade –, e apesar da especificidade do universo que constituiu o seu recorte (no caso, o DF), apresentou informações e dados de uma realidade local que se insere em uma totalidade social.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de aprofundamento e de continuidade de estudos sobre o tema, incluindo enfoques e abordagens voltadas a outras localidades, regiões, áreas e demais espaços ocupacionais, de forma a conhecer as ações, atribuições, competências profissionais e condições de trabalho de assistentes sociais no atual contexto de profunda crise do capital. Essa crise redefine o mundo do trabalho e as funções do Estado no trato da “questão social” por meio de políticas públicas e serviços sociais, o que incide fortemente sobre o exercício profissional dos assistentes sociais, porquanto estes desempenham sua profissão no âmbito das políticas sociais.

Pesquisas sobre esse exercício profissional, que analisem a configuração dos espaços sócio-ocupacionais na contemporaneidade, com ênfase nas demandas sociais, competências, requisições, ações profissionais, condições de trabalho e suas implicações na saúde precisam ser adensadas, para que se pensem alternativas coletivas, a fim de assegurar uma atuação crítica e em consonância com as condições éticas, técnicas e laborais.

A pesquisa, além de possibilitar uma aproximação ao cotidiano laboral de assistentes sociais inseridos nos diversos e complexos espaços sócio-ocupacionais, também pode ser um recurso importante para estreitar os vínculos entre a universidade, os espaços de atuação profissional e as entidades representativas da categoria, de forma a dialogar e construir coletivamente ações que garantam um exercício profissional comprometido com as demandas sociais da população, com os direitos dos usuários, com a qualidade dos serviços prestados, com a

democratização do acesso às políticas sociais e com as devidas condições éticas e técnicas no trabalho de assistentes sociais.

Referências

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Código de Ética do/a Assistente Social: Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão*. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção I, p. 8932-33, 5 maio 1997.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, 2009.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. *Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de Saúde (1979 a 2009)*. 2010. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Claudia Monica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: UFJF, 2012.

GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 28, n. 91, p. 5-33, 2007.

GUIMARÃES, Eliane Martins de Souza. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 130, p. 564-582, 2017.

IAMAMOTO, Marilda V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 341-375.

IAMAMOTO, Marilda V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2008.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. *Revista Interações*, Santarém, Portugal, n. 17, p. 45-63, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 124, p. 678-698, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 120, p. 694-705, 2014.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

SANTOS, Claudia Monica. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Claudia Monica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: UFJF, 2012.



Este livro foi composto em UnB Pro e Liberation Serif.

Trabalho, direitos e desigualdades na realidade brasileira

A coletânea organizada por Reginaldo Ghiraldelli reúne capítulos que são resultado de pesquisas de integrantes do Trasso (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social). Abrange temas importantes, como as questões relacionadas ao trabalho e aos direitos sociais, especialmente neste momento histórico, caracterizado por um clima de obscurantismo e de subtração do compromisso do Estado com o sistema de proteção social.

Os capítulos abordam diferentes aspectos da realidade, com destaque para a situação do mundo do trabalho e a realização dos direitos sociais. Dentre os temas estudados, analisam-se a configuração do trabalho no contexto de reformas, o sindicalismo, a problemática do trabalho temporário, a participação social na política de saúde do trabalhador, a necessária efetivação de uma política de educação permanente para trabalhadores da assistência social, as expressões do trabalho precário na assistência social, as condições de trabalho e as intervenções profissionais de assistentes sociais na área da saúde.

Trata-se de uma obra cuidadosa, que explora diversas questões com olhar crítico e abordagem científica, voltada para pesquisadores e profissionais da área, mas também para todos aqueles que desejam ter uma visão aprofundada dos problemas atuais, em contraste com os *slogans* superficiais e mistificadores da realidade contemporânea.

Annamaria Campanini

Docente da Universidade de Milão Bicocca e
Presidente da Associação Internacional de
Escolas de Serviço Social (IASSW)

Foto ao fundo:

Interior do
Instituto de
Química/UnB.
Por Luiz Felipe
Barcelos.



EDITORA



UnB

ISBN 978-65-5846-016-9



9 786558 460169