



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Gestão.

AS CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: A PARTICULARIDADE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE SUL DE NATAL (RN)

Viviane do Nascimento¹

1. Introdução

A tentativa de implantação do Estado Social no Brasil foi obstaculizada em virtude do redirecionamento do Estado pelo neoliberalismo que surge como uma ideologia econômica, política e social frente à crise da dominação burguesa e do Estado de Bem-Estar Social na década de 1970, mas que somente em 1990 é introduzida no contexto brasileiro. Conforme apontado por Behring e Boschetti (2011), esse redirecionamento trouxe como consequência impactos na política social e nas relações sociais, através da flexibilização das relações de trabalho e do movimento de focalização, privatização e mercantilização da Política Social. Na perspectiva neoliberal, o Estado demonstra seu caráter mínimo para o desenvolvimento social e máximo para o desenvolvimento econômico, assim como corrobora o processo de contrarreformas marcado pela expropriação dos direitos, da democracia, da cidadania e ruptura com as conquistas sociais tencionando – não apenas, mas sobretudo – na saúde, condições específicas de trabalho, organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a Política de Atenção Básica (PNAB) tem sido alvo das contrarreformas do Estado brasileiro. Em 2017, a reformulação dessa política proporcionou impactos no que concerne ao seu financiamento com o déficit de recurso financeiro federal destinado ao Sistema Único de Saúde em virtude da contenção orçamentária para as políticas sociais por vinte anos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Através desse estudo, percebe-se claramente que o município vem priorizando as Unidades Saúde da Família (USF/ESF), as quais têm substituído as Unidades

¹ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: <anevinasci@outlook.com>.

Básicas de Saúde (UBS), mas ainda não têm conseguido dar conta dos vazios assistenciais. Isso fragiliza as portas de entrada prioritárias do SUS, seja pelo número escasso de Unidades de Saúde e de equipes SF, seja pela falta de oferta de determinados serviços essenciais, que não permitem o acesso de uma parte significativa da população aos serviços de Atenção Básica (AB).

Este artigo objetiva discutir o contexto de contrarreformas do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política de Atenção Básica particularizando aspectos desse contexto de contrarreforma do Distrito Sanitário Sul que faz parte do projeto de pesquisa intitulado “A Atenção Primária e o direito à saúde em Natal-RN”. Como direcionamento, foi empregada na construção deste artigo a matriz crítica dialética que tem como categorias fundamentais a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo. Os procedimentos metodológicos adotados foram a revisão bibliográfica e análise documental, assim como a realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores das unidades de saúde e com os diretores do distrito sanitário localizado na região administrativa Sul. O referido trabalho se organiza em duas seções: a primeira discute sobre as contrarreformas do Estado brasileiro e os rebatimentos na política social e a segunda traz os impactos dessas contrarreformas na Política de Atenção Básica com a particularidade do Distrito Sanitário Sul de Natal/RN. Por último, traz as considerações finais que procuram apontar proposições.

2. A Contrarreforma do Estado brasileiro: os impactos na política de saúde

Com o objetivo de compreender os aspectos que denotam a contrarreforma do Estado brasileiro, a princípio faz-se o resgate de alguns elementos presentes no surgimento do neoliberalismo como ideologia política, econômica e seu impacto no processo de reestruturação capitalista no chamado Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State*, no contexto europeu.

Nesses termos, o Estado de Bem-Estar Social surge no contexto pós-guerra, nos países capitalistas da Europa Ocidental, introduzido pelo modelo fordista-keynesiano que resulta na ação do Estado por intermédio de um conjunto de intervenções – como a regulação da economia de mercado – com a finalidade de garantir o alto nível de emprego, a prestação de serviços públicos sociais e universais.

Com isso, o desenvolvimento do capital nos anos de ouro pós-1945 foi garantido, no entanto, após a década de 1960, surgem os primeiros sinais de esgotamento e crise desse modelo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A crise do capitalismo do início da década de 1970 foi de superprodução clássica, acentuada através da queda das taxas de lucro precedendo o choque do petróleo, o crescente desemprego e o endividamento público e privado pertinente à expansão de crédito associado à inflação (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Conforme Mota (2009), as crises do sistema capitalista indicam a instabilidade do desenvolvimento do capital, que, no decorrer do processo histórico já mostrou indícios das lacunas presentes em seu processo de reprodução social. Assim, o significado das crises do capitalismo está relacionado à forma que o capital se reinventa e se recicla para que haja garantia da sua reprodução em todas as esferas sociais.

Conforme Mota (2009), o Estado neoliberal tem como base o fortalecimento das práticas de gestão da iniciativa privada no setor público estatal, através da flexibilização e acumulação. Além disso, tem como função a gerencialização dos processos da sociedade com foco na eficiência como estratégia de gestão e é caracterizado pela redução de suas funções para as questões sociais em detrimento da sua maximização para o mercado.

Enquanto o projeto neoliberal estava em ascensão no âmbito europeu, no Brasil se vivia a ditadura militar. Conforme apontado por Netto (2015), foi a solução burguesa para a manutenção do poder e neutralização das forças populares para dar continuidade a heteronomia econômica e política. O golpe militar de 1964 significou para o Brasil um regime político de associação ao capital monopolista e de privilégio para as empresas internacionais, bem como a modernização conservadora que possibilitou o desenvolvimento econômico até meados da década de 1980, isso porque a crise econômica da década de 1980, causada pela política econômica do regime militar, intencionava o surgimento do neoliberalismo no Brasil como proposta de reestruturação burguesa.

De acordo com Netto (2015), na década de 1980 o Brasil enfrentava dificuldades para implementação de novas políticas econômicas de redistribuição de renda. Por conseguinte, o aumento da inflação – através da crise econômica – levou o país ao enfrentamento de uma dívida interna e externa, além de provocar a queda

do PIB e das exportações. Nesses termos, essa crise tornou várias dívidas das empresas privadas em dívidas públicas.

Nessa direção, as contrarreformas neoliberais no Brasil tiveram surgimento através da priorização de reformas orientadas para o desenvolvimento do mercado tendo em vista a crise econômica ser apontada como causa dos problemas sociais e econômicos. Dessa forma, o Estado se remodela desprezando as conquistas sociais de 1988 e dando ênfase às privatizações.

Conforme Behring e Boschetti (2011), se nos países desenvolvidos o *Welfare State* significou o início de reformas que desenvolveram a legislação social, aqui no Brasil significou uma tentativa fracassada de desenvolvimento de um Estado Social, pois esse ficou limitado e restringido ao controle e ao interesse da classe dominante. Em outras palavras, não houve reformas sociais democráticas no país, somente uma modernização conservadora ou revolução passiva que impossibilita o desenvolvimento real das conquistas de 1988 e traz rebatimentos diretos nas políticas sociais.

Pensando nos impactos na política de saúde e na configuração da questão social no Brasil atual, as reformas trazidas pelo neoliberalismo representaram a continuidade dos direitos sociais sob o viés da conservação; sem a efetivação da universalização do direito à saúde, haja vista que a saúde pública pode ser caracterizada pela “universalização excludente” através da precarização dos serviços do Sistema Único de Saúde e pela reatualização de práticas fundamentadas no saber médico curativo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Sistema de Seguridade Social atual encontra dificuldades de se concretizar, demonstrando o processo de ruptura e continuidade no que concernem os direitos sociais. Dessa forma, a política social, a política de saúde, os padrões universalistas e redistributivos de proteção social foram tensionados pela extração de superlucros, pela contração dos encargos sociais, pela supercapitalização com a privatização dos setores públicos e pelo desprezo burguês com o pacto social. Nesses termos, a proposta ousada de seguridade social estabelecida em 1988 foi incapaz de resistir ao avanço neoliberal.

A alocação de recursos do fundo público permite apenas a existência de mecanismos compensatórios que não alteram a estrutura da desigualdade, pois há poucos investimentos, fazendo cair a qualidade das políticas sociais e impossibilitando

a implementação de políticas universais. Além disso, a possibilidade de controle democrático estabelecida na Constituição, através dos Conselhos, também é precarizada pelas práticas clientelistas/individualistas, pela falta de estrutura e pela questão orçamentaria, mostrando que o Estado neoliberal, capitalista e conservador coloca obstáculos para o controle democrático e para a tomada de decisões de interesse social. Incluem-se nesse cenário de contrarreformas estatais a política de saúde mental, os direitos trabalhistas, o financiamento público e a educação.

3. Os rebatimentos das contrarreformas do Estado Brasileiro na Política de Atenção Básica: a particularidade do Distrito Sul de Saúde de Natal- RN

Observa-se que na realidade do Distrito Sanitário de Saúde Sul de Natal há rebatimentos das contrarreformas estatais na Política de Atenção Básica, sendo assim, é imprescindível destacar os resultados das entrevistas com os gestores das unidades e dos distritos sanitários que compõem a amostra deste estudo. A apresentação desses dados é sobretudo para ilustrar esses impactos.

Como dificuldades e desafios enfrentados pelas Unidades de Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde desse distrito temos as contrarreformas do Estado na Política de Atenção Básica que tem sido alvo de retrocessos e sucateamentos – tanto no que envolve o congelamento e redução de gastos quanto nos ataques aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e à atenção primária. Infelizmente, essa realidade não se difere de outras tantas, embora tenha suas particularidades.

As unidades de saúde da amostra da pesquisa apontam dificuldades e limitações também no que envolve a contratação de profissionais e recursos humanos, resolutividade das demandas, estrutura e segurança das Unidades. Essa situação tende a se agravar tendo em vista a contrarreforma na Política de Atenção Básica materializada na Portaria nº 2.436/2017, publicada pelo Ministério da Saúde. Com a instituição das prerrogativas da nova PNAB, a realidade das Unidades de saúde foi agravada, com o déficit das condições de trabalho, a precarização e desvalorização profissional além do baixo financiamento público. Na antiga PNAB uma unidade atendia 12.000 pessoas, agora não há um padrão em relação as unidades com saúde da família. Além disso, a quantidade de agentes de saúde da

família e agentes de endemias são opcionais, ou seja, uma equipe pode funcionar com cinco agentes de saúde, mas também pode funcionar com um e isso traz consequências para a efetivação do direito à saúde da população (BRASIL, 2017).

As entrevistas realizadas nos Distritos e nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) que fazem parte deste estudo mostram que a falta de profissionais, a dificuldade de criação de vínculos entre os profissionais e usuários, a falta de recursos humanos ocasionam problemas no que envolve o funcionamento e atendimento integral à saúde dos usuários, deixando lacunas e vazios assistenciais. Assim como a falta de estrutura das unidades, as limitações no tocante à articulação com a rede, a fragilidade entre a referência e a contrarreferência e o predomínio de ações curativas em detrimento das ações preventivas dificultam o direito à saúde da população e opõem-se às diretrizes da Política de Atenção Básica postulada em 2006 com o Programa Estratégia Saúde da Família, que tinha como objetivo o rompimento do caráter curativo e assistencialista centrado no saber médico.

Observam-se, em algumas unidades do distrito sanitário Sul, iniciativas de ações de promoção e prevenção de saúde e isso se coloca como uma possibilidade para os serviços tendo em vista que a concepção de saúde ampliada implica na consideração das diversas determinações políticas, sociais e econômicas que rebatem no processo saúde-doença e que devem ser ressaltadas na atuação das Unidades Básicas de Saúde.

Os gestores entrevistados revelam as formas utilizadas para que se mantenham atualizados na discussão da saúde e da atenção básica, como: por meio de reuniões, fóruns e capacitações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos Distritos Sanitários. Também apareceram as rodas de conversas, oficinas, pesquisa ao site do Ministério da Saúde, ao Departamento de Atenção Básica e até mesmo comunicação pelo *WhatsApp*. Nesse sentido, cabe indagar de que forma a educação permanente é contemplada pela gestão municipal.

A educação permanente se faz necessária ao passo que o modelo assistencial com ênfase na Atenção Básica passa a exigir maior capacidade de análise, intervenção e práticas no funcionamento dos serviços e processos de trabalho. Sendo assim, a educação permanente emerge enquanto estratégia para qualificar os serviços. Por essa razão, a qualificação não se trata apenas de mudanças nas práticas das equipes profissionais, mas também a qualificação da gestão, especialmente no

nível local, no que diz respeito às posturas e práticas (SAVASSI, 2012). Assim, os gestores necessitam de espaços que evidenciem os tensionamentos e atores presentes para reflexão sobre o contexto no qual estão inseridos, além de estratégias para enfrentamento ao desmonte do SUS, sendo a educação permanente indispensável.

As entrevistas semiestruturadas revelam a condição precarizada do trabalho devido ao excesso de demandas que o gestor precisa dar conta. Isso é evidenciado a partir do horário de expediente que extrapola o ambiente de trabalho e faz com que o gestor leve tarefas para casa devido aos prazos a cumprir. Tudo leva o trabalhador a ter uma carga horária extensa, inclusive, no período que deveria ser destinado ao seu descanso, colocando a saúde do trabalhador em risco.

A gestão distrital, em entrevista, citou que existem 10 unidades de saúde no Distrito Sul, sendo duas Unidades Saúde da Família, seis Unidades Básicas de Saúde, um Pronto-Socorro e uma Policlínica. Ainda de acordo com a gestão, observa-se que nos bairros menos abastados da capital as equipes de ESF se fazem mais presentes, já no Distrito Sanitário Sul (DSS) – cuja realidade de poder aquisitivo da população é maior – a Unidade Básica de Saúde “tradicional” aparece com mais ênfase, porém grande parte da população dos bairros pauperizados e com cobertura insuficiente de ESF vai até as UBS/USF do DSS em busca de atendimento.

Os dados da pesquisa indicam a existência de um alto índice de população descoberta, resultado do número insuficiente de unidades de saúde e de equipes de saúde, tendo em vista que cada equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Básica (eAB) devem ter por população adscrita entre 2.000 e 3.500 pessoas, localizadas dentro do seu território, para que sejam garantidos os princípios e diretrizes da Atenção Básica, conforme designado pela nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A PNAB preconiza que a AB deve ser “a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017). Exatamente por ser, teoricamente, de “fácil” acesso dos usuários, por estar mais próxima de seu local de moradia e pela possibilidade da realização do cuidado longitudinal dos usuários que buscam os serviços básicos. Todavia, muitos gestores responderam que as unidades não conseguem atender toda a demanda de atendimentos mensais que chega ou que é

grande o percentual de demanda reprimida e população sem cobertura pela eSF, pois, embora o contingente populacional tenda a se expandir, o número de equipes não cresce. Nesse sentido, temos o caso do bairro Planalto, que conta com apenas três equipes de saúde da família com uma população adstrita de quase 100 mil habitantes, segundo apontado pela gestora da USF Planalto. Esse déficit resvala na Unidade Básica de Saúde da Cidade Satélite (Pitimbu) que tem quase 90% dos atendimentos voltados para a população do Planalto e ainda é insuficiente.

Atualmente o bairro Planalto conta com duas Unidades de Saúde (eSF), enquanto o bairro Neópolis, cuja população e demanda é inferior se comparado ao bairro Planalto, conta com duas Unidades de Saúde e uma Policlínica (NUNES; LOPES JÚNIOR; ARAÚJO, 2018).

Conforme orientação da PNAB, as equipes devem atender aos princípios e diretrizes em conformidade com a proposta da AB. Dessa forma, a gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB). Esse trabalho realizado junto às comunidades e domicílios; através de intervenções em prevenção, promoção e atenção à saúde, orientação e acompanhamento das famílias e dos indivíduos; deverá considerar o contexto social e cultural no qual estão inseridas as populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas (BRASIL, 2017).

Os equipamentos de saúde que contam com ESF devem ter suas equipes compostas por: médico, enfermeiro e cirurgião dentista, sendo eles preferivelmente com especialidade de Família e Comunidade; auxiliar ou técnico de enfermagem; técnico ou auxiliar em saúde bucal. Além disso, podem ser acrescentados à equipe um profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um Agente de Combate às Endemias (ACE). Ademais, podem existir variações de formato das equipes, podendo conter outras categorias² – não necessariamente atuando na composição da equipe de ESF ou NASF, mas realizando atendimento à população.

No município de Natal, precisamente no DSS, tais categorias surgem na composição de grande parte das equipes de AB atuantes tanto nas UBS/UMS quanto nas USF. No entanto, como foi discutido anteriormente, o número insuficiente de profissionais ainda é um grande desafio para a ampliação da oferta e eficiência das

² Fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, profissional de educação física, entre outras profissões da área da saúde.

ações de atenção básica. Segundo os gestores, categorias profissionais como os médicos, podem ser: estatúarios, cooperados, Mais Médicos, PROVAB e/ou oriundos de processo seletivo/contrato temporário. Atualmente, uma boa parcela de trabalhadores da SMS é advinda do último processo seletivo realizado em 2018. Até dezembro, a Prefeitura de Natal convocou 647 aprovados no concurso público da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que previa a convocação de mais 1000 pessoas em 2019 (G1 RN, 2018).

Com relação à população adstrita de algumas unidades, por se configurar demanda aberta, chama atenção que não apenas a população que compõe o território era atendida – como era o caso da UBS de Jiquí/Neópolis, que atendia usuários dos mais diversos bairros do município, sendo alguns até mesmo de Parnamirim (cidade da região metropolitana de Natal).

É observado que a falta de atendimento em Unidades de Saúde gera o deslocamento dos usuários para outros locais, aumentando a demanda para uma dada unidade, conseqüentemente, também para sua equipe, além de contrariar o direcionamento da AB que prevê o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários no território onde vivem. A Unidade de Saúde atrai usuários que necessitam de atendimento médico, mas estes, provavelmente, não serão contemplados pela longitudinalidade do cuidado, pois, apesar de práticas pautadas na prevenção e promoção nas unidades – ginecologista, pediatra, atendimento odontológico, preventivo –, ainda se observa uma grande dificuldade na superação da fragmentação e no aspecto curativo dos serviços de saúde. As principais ações ainda são centradas na atuação do profissional médico, contrariando a própria intenção preventiva da Atenção Básica. Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em algumas entrevistas, ficou evidenciado que a oferta dos serviços não corresponde às reais necessidades dos usuários, pois há serviços básicos em falta, inexistência de outros profissionais essenciais – como assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo –, contrastando com a concepção ampliada de saúde.

4. Considerações finais

A Atenção Básica tem poder de resolução de aproximadamente 80% das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002). Tem como uma de suas diretrizes de funcionamento a oferta de serviços mais próximos de seus usuários para estabelecimento de vínculos e a continuidade do cuidado. No entanto, a realidade é que a busca desse “contato preferencial” ainda se dá de forma focalizada e, por vezes, excludente e isso é reflexo das contrarreformas estatais na Política de Atenção Básica.

Quando discutimos sobre acesso aos serviços de saúde, geralmente, a ideia que se tem de acesso é “dar entrada em determinado local” e/ou como o usuário se desloca até o serviço. Contudo, é importante especificar que acesso é diferente de acessibilidade. De acordo com Starfield (2012), a acessibilidade está ligada a possibilidade das pessoas chegarem até os serviços, já o acesso seria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Acesso, portanto, corresponde a resolutividade das ações/intervenções da unidade e das equipes de AB numa dada população.

Tem-se o reconhecimento de que a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta resolutividade nos indicadores de saúde. No entanto, os serviços de APS no Brasil tem padecido com a lógica neoliberal que, desde 1990, tem diminuído os repasses de recursos financeiros, o que ocasiona um efeito cascata: sucateia os serviços, diminui a oferta, desvaloriza os profissionais, flexibiliza as relações de trabalho, entre outros. O modelo médico-curativo já “falido”, em termos resolutivos em saúde, ainda gera lucro quando falamos da cobertura privada e/ou do uso da alta tecnologia e mais diversidade de especialidades médicas.

Dessa forma, é possível destacar que são muitas as dificuldades enfrentadas cotidianamente pelos diretores do distrito e das unidades, seja pela necessidade de educação permanente, carga horária de trabalho que sobrepõe as 40 horas semanais, número reduzido de profissionais, demanda intensa e diversificada, taxa elevada de população descoberta, além de problemas estruturais, como falta de insumos e equipamentos. Além disso, a rotatividade decorrente dos diversos tipos de contratações dos profissionais das equipes, prejudicando a criação de vínculos entre usuários e equipes.

A dificuldade em acessar especialidades básicas – pediatra, ginecologista e psiquiatra –, a necessidade de madrugar na porta na unidade, a demora na marcação e realização de exames, o fluxo e regulação ineficiente fazem com que muitos usuários não optem pela unidade de saúde enquanto contato preferencial. Todavia, quando indagados sobre como avaliariam as equipes de saúde, na percepção do gestor, todos responderam de forma positiva, demonstrando que os profissionais, apesar de trabalharem em situações adversas, ainda sim, conseguem exercer um trabalho satisfatório junto à população.

É consenso na literatura em saúde que é necessário rever processos de trabalho que centralizem no trabalho médico, devendo privilegiar o trabalho interdisciplinar absorvendo outras categorias profissionais partícipes do trabalho coletivo em saúde. No Brasil, mudanças tais como a criação do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família, como estratégia de reorganização da assistência, revelam a intenção de construir novas formas de produzir saúde. No entanto, apesar da incorporação do trabalho interdisciplinar, as práticas fragmentadas ainda prevalecem em muitos serviços, quando cada profissional se responsabiliza em suas atividades de “núcleo”, não se abrindo para atividades de “campo”³.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p.9-23, 28 abr. 2018. Bimestral.
<http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

G1 RN (Rio Grande do Norte). **Prefeitura de Natal convoca 647 aprovados no concurso da Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do->

³ Os conceitos de Campo (saberes comuns a diversas profissões) e Núcleo (saberes de responsabilidade específica de cada profissão), sugeridos por Campos (2000).

norte/noticia/2018/12/08/prefeitura-de-natal-convoca-647-aprovados-no-concurso-da-saude.ghtml>. Acesso em: 12 abr. 2019.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: SERVIÇO social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social no Brasil pós-64**. 17. edição. São Paulo: Cortez, 2015.

NUNES, Danielle Salviano S. N.; LOPES JUNIOR, Francisco; ARAÚJO, Carlos Virgílio Sales de. (orgs.). **Anuário Natal 2017**. Natal: SEMURB, 2018, 570p.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002, 726p.