



**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP  
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA VIANA DA SILVA**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Um estudo sobre a atuação do Assistente Social  
na Política de Saúde**

**TERESINA/ PI**

**2018**

CAMILA VIANA DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Um estudo sobre a atuação do Assistente Social  
na Política de Saúde**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP, como requisito para a obtenção do grau de Bacharelado do Curso de Serviço Social, sob orientação da Prof.(a) Glaucyane Kardoso.

**TERESINA/ PI  
2018**

SI586 Silva, Camila Viana da

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Um estudo sobre a atuação do Assistente Social na Política de Saúde. /Camila Viana da Silva. – Teresina: FAMEP, 2018, 69. fls.

Trabalho para conclusão do curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade do Médio Parnaíba.

1. Serviço Social 2. Saúde

CDD 361

*Dedico este trabalho em homenagem à minha família, em especial aos meus queridos pais Socorro Viana e Clemilton Alves por todo amor, carinho, apoio e por sempre me incentivarem a lutar pelo que desejo. Obrigado meus amores. Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido o dom da vida e poder lutar pelos objetivos que anseio para mim e conquistá-los.

À minha mãe, Socorro Viana, por sempre me incentivar, estar ao meu lado e me dar aquele empurrãozinho para não parar e prosseguir. Amo você!

Ao meu pai, Clemlton Alves, meu símbolo de homem batalhador, que sempre luta pra conseguir os seus sonhos e que para mim tem um valor de grande admiração e inspiração. Amo você!

À minha irmã, Lays Viana, pelas ajudas nos trabalhos, pelas dicas e pelo incentivo. Amo você!

Aos meus colegas de sala de aula, com os quais convivi quatro anos de luta e dedicação, mas também de muitos sorrisos e momentos bons, em especial Rafaela, Louise e Glaucyvânia, que compartilharam comigo o mesmo tema do TCC e que juntas sorriamos, tirávamos dúvidas, chorávamos algumas vezes. Meninas, nós conseguimos!

Às minhas colegas e amigas de trabalho que viam meu esforço para continuar no curso, que entendiam as minhas ausências no serviço para participar de eventos ou para concluir trabalhos e me incentivavam com palavras de apoio e reconhecimento. À minha *best*, Andreza Leandra, que me ajudou inúmeras vezes com cópias de livros e apostilas. Obrigada minha *best*, sua ajuda foi excepcional! À Silmara Dias, para quem algumas vezes falei em desistir e a mesma sempre me dizia que não, que eu continuasse a persistir. Obrigada Silmarinha!

Às professoras e professores que, sem dúvidas, foram os nossos maiores contribuintes nesse período de aprendizado. Cada um com seu jeito e sua maneira repassaram o seu melhor como profissional e como ser humano. O que seria do mundo sem os professores? Nada! Sou imensamente grata a vocês por todo o apoio.

À minha orientadora, Glaucyane Kardoso, pelos vários puxões de orelha, pelos ensinamentos, pelas correções e pela paciência que ela teve comigo.

Agradeço imensamente a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram comigo nesse caminho me ajudando, apoiando e me incentivando. Serei eternamente grata a todos. Obrigada!

## RESUMO

Este trabalho propõe a reflexão sobre a saúde pública brasileira, que desde seu nascedouro, é marcada por relações e conflitos de interesses opostos afetando principalmente a classe baixa da sociedade e a atuação do assistente social nesta política como mediador e interventor nessas relações, identificando os desafios e as demandas que chegam em busca de um direito resguardado em lei a todo cidadão que vier a precisar do serviço. O estudo tem como objetivo geral compreender a atuação do assistente social na execução da Política de Saúde buscando tomar conhecimento de suas atividades neste espaço sócio-ocupacional. Tendo como objetivos específicos: abordar o contexto histórico do Serviço Social e o processo de trabalho no Brasil; Explanar a Política de Saúde como atribuição do assistente social e compreender o processo de trabalho desse profissional na efetivação da Política de Saúde. Para que isso fosse possível, foi realizada pesquisa bibliográfica retirada de livros e artigos, pesquisa qualitativa, pois se buscou um estudo de boa qualidade e a utilização do método dialético, através de dados verídicos sobre as discussões abordadas. No trabalho foram referenciados autores de grande importância dando embasamento e servindo de apoio para os debates sobre o tema, tais como: Iamamoto (2000) e Piana (2009), que fundamentam todo o processo histórico do Serviço Social no Brasil, bem como Teixeira (2011), CFESS (2010), Bravo e Matos (2004), e Baptista (2007), que discorrem a trajetória da saúde brasileira desde seus primórdios, enfatizando as lutas, as conquistas e os desafios. E por fim, as considerações finais apresentando os resultados do obtidos com o estudo e possíveis alternativas de mudanças para a garantia da Política de Saúde.

**Palavras-Chave:** Serviço Social; assistente social; saúde pública; SUS.

## ABSTRACT

This work aims to reflect on the Brazilian Public Health that since its is marked by conflicting relationships and conflicts of interests affecting mainly the lower class of society and the role of the Social Worker in this policy as mediator and intervener in these relations identifying the challenges and demands that come in search of a right protected in Law to every citizen who needs the service. The objective of this study is to understand the role of the social worker in the implementation of the Health Policy, seeking to take cognizance of their activities in this social-occupational space. With specific objectives: to address the historical context of Social Service and the work process in Brazil; Explain the Health Policy as the assignment of the social worker and understand the work process of this professional in the implementation of the Health Policy. For this study were carried out bibliographical research from books and articles, qualitative research, as a good quality study and the use of the dialectical method were sought through truthful data about the discussions. In the paper, authors of great importance were given background and support for the debates on the theme, such as: Iamamoto (2000) and Piana (2009), which base the entire historical process of Social Service in Brazil, as well as Teixeira (2011), CFESS (2010), Bravo and Matos (2004), and Baptista (2007), that chronicle the trajectory of Brazilian health from its beginnings, emphasizing the struggles, the achievements and the challenges. And finally, the final considerations presenting the researcher's opinion and possible alternatives for changes to the Health Policy guarantee.

**Key-words:** Social Service; Social Worker; Public health; Their.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões  
CBASS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CNS – Conferência de Saúde  
ESF – Estratégia e Saúde da Família  
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
NASF – Núcleo de Atenção a Saúde da Família  
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial  
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SESC – Serviço Social do Comércio  
SESI - O Serviço Social da Indústria  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Origens e Trajetória do Serviço Social no Brasil .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Processo de Trabalho do Assistente Social .....</b>	<b>26</b>
<b>3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 A História da Saúde no Brasil .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 O Sistema Único de Saúde – SUS.....</b>	<b>39</b>
<b>4 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 O Serviço Social na Saúde .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 Os Desafios da Prática do Serviço Social na Saúde.....</b>	<b>55</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é de grande e fundamental importância para a vida humana, visto que a mesma não se refere somente ao estado de doença, mas sim, um conjunto de fatores que resultam nesta condição. Pelos constantes problemas com o sistema público de saúde no acesso dos usuários, faz-se imprescindível a inserção do Serviço Social para intervir e garantir esse direito que é uma condição necessária de sobrevivência e de cidadania à sociedade.

Abordar esta temática partiu da necessidade de conhecer as ações que são desenvolvidas pelo assistente social na Política de Saúde na asseguaração dos direitos dos cidadãos que frequentam e solicitam atendimento perante suas necessidades, tendo em vista futuramente estar inserida nesse campo sócio-ocupacional ao qual se faz significativa relevância a inserção de profissionais do Serviço Social nesse espaço. Por amar a área da saúde, houve o interesse da pesquisadora em estudar e analisar a atuação do profissional do assistente social neste segmento, almejando adquirir conhecimento sobre sua prática na saúde.

Torna-se importante para o âmbito acadêmico que haja maior expansão de conhecimentos sobre a prática desses profissionais na saúde, buscando assim, a expansão das informações sobre a atuação dos mesmos na garantia desse direito. Contribui para reflexões e bases teóricas que subsidiem o fazer profissional na saúde, alavancando ainda mais proximidade com a área de saúde aos demais profissionais para conhecerem a atuação do assistente social no atendimento aos usuários efetivando a Política de Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O problema é: como se dá a atuação do assistente social na Política de Saúde? Entende-se que seja de extrema necessidade para toda a população e para os usuários que frequentam as unidades de saúde conhecer o profissional de Serviço Social inserido no sistema, assim como suas atribuições e competências, para que perante suas necessidades, estes usuários saibam a quem recorrer e tenham conhecimento quanto aos seus benefícios registrados na legislação.

O objetivo geral é compreender a atuação do assistente social na execução da Política de Saúde. Buscando como objetivos específicos: abordar o contexto histórico do Serviço Social e o processo de trabalho no Brasil; Explanar a Política de Saúde como atribuição do assistente social; e compreender o processo de trabalho desse profissional na efetivação da Política de Saúde.

Realizou-se pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2002) é “retirado através de livros e artigos científicos publicados por outras fontes” buscando, desta forma, embasamentos teóricos para confirmar e enriquecer o que está sendo afirmado no estudo, e que de acordo com Boccato (2006) “almeja encontrar a solução de um questionamento através de materiais publicados e que possam contribuir para o desenvolvimento do trabalho”. Nessa perspectiva, os resultados apresentados terão autenticidade maior, visto ser fundamentado em outros autores, como Iamamoto (2000) e Piana (2009), que fundamentam a história do Serviço Social no Brasil; Teixeira (2011), CFESS (2010), Bravo e Matos (2004), e Baptista (2007), que discorrem a trajetória da saúde brasileira desde seus primórdios.

É de carácter qualitativo conforme cita Gerhardt e Silveira (2009) “pois não pauta-se no colhimento de indicativos numéricos e sim na qualidade do que lhe é ofertado”. Buscou-se alcançar respostas de qualidade, levando-se em conta ser mais importante, nesta pesquisa, o levantamento de todos os marcos temporais e a evolução que se teve no decorrer da história, bem como cita Minayo (1994) “levando em consideração todos os motivos mais profundos de todo o contexto em que se passou buscando respostas qualificativas e não quantitativas” e que tenham real fundamentação ao que se deseja obter.

Consiste de pesquisa embasada no método dialético conforme caracteriza Neto (2017) como “uma forma de apresentar fatos verídicos para defender uma causa com um olhar crítico sob a análise dos motivos em que envolvam vidas humanas”, considerando todo o contexto, desde a chegada dos fatos até a análise, de forma crítica e sigilosa, fazendo com que haja o cruzamento de informações na busca pela melhor solução para determinada demanda.

O presente estudo encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda todo o caminho feito pela pesquisadora desde a sua decisão pelo tema, os tipos de pesquisas realizadas, até os objetivos que a mesma almeja atingir.

O segundo capítulo expõe como surgiu a questão social dentro da sociedade brasileira como resultado da desigualdade presente no sistema capitalista, no qual tem-se uma relação conflituosa entre classes diferentes sucedendo em reivindicações por parte do proletariado na busca de direitos. Perante os inúmeros desentendimentos, exigia-se um profissional que intervisse nesta relação, surgindo assim, o Serviço Social vinculado à caridade e sem nenhuma base teórica sob a

ordem do Estado, da Igreja e da classe burguesa, que buscavam, desta forma, apaziguar os conflitos de interesses.

Com o passar dos anos, a profissão foi ganhando referências e embasamento científico, utilizando técnicas e métodos, regidos pelo Código de Ética para nortear o fazer profissional, com ampliação do campo de trabalho do assistente social na saúde.

O terceiro capítulo contextualiza a saúde no Brasil desde a época em que era realizada como caridade a quem não tinha vínculo empregatício, ou seja, que não contribuía e através da Lei Eloy Chaves, da Reforma Sanitária chegou-se a Constituição Federal de 1988, quando o Estado passa a ser o provedor e responsável pela universalização da saúde a todos, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que é a Política de Saúde para atendimento aos usuários.

O quarto capítulo desta pesquisa aborda a atuação do profissional de Serviço Social na área, caracterizando seu desenvolvimento, seus métodos, os instrumentais utilizados para a realização de seu trabalho, ações, atividades assim como os desafios que o profissional encontra para pôr em prática o exercício da profiss seu ofício dentro da Política de Saúde.

O quinto capítulo apresenta os resultados obtidos mediante seus objetivos de maneira clara, apontando alternativas para o aprimoramento da Política de Saúde vigente, na busca de que toda a população tenha o acesso necessário e adequado, assim como aos profissionais, para que garantam de maneira digna e respeitosa os atendimentos realizados garantidos em lei aos usuários.

## **2 SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO**

Neste capítulo será apresentado o contexto histórico do surgimento e a trajetória do Serviço Social no Brasil elencando os fatos ocorridos neste percurso e como acontece o processo de trabalho do assistente social perante as demandas que lhe são impostas pela sociedade.

### **2.1 Origens e Trajetória do Serviço Social no Brasil**

A questão social encontra-se em nossa sociedade das mais distintas formas como resultado das constantes e bruscas modificações ao qual passamos todos os dias e que refletem no cotidiano de toda a população, afetando principalmente a classe baixa, tais como o desemprego, a pobreza e a violência, fazendo-se necessária a criação de projetos sociais para que, então, haja a intervenção nessas expressões.

De acordo com Wanderley (2011), a questão social desenvolve-se nos conteúdos e formas assimétricas das relações sociais através das múltiplas dimensões com concentração de poder e de riqueza de classes dominantes e do outro lado a pobreza generalizada de outras classes, resultando em grandes impactos à vida social destes.

Conforme o autor, a questão social se origina das grandes e diferentes relações de nossa sociedade tanto cultural, religiosa, política, quanto econômica, onde há diferenciação de classes ou setores que dominam e que são os detentores dos meios de produção, fabricados em pequenas quantidades. A grande maioria da população é a afetada, se subordinando em troca de algo, ocasionando, assim, relações conflituosas e desiguais, surgindo diversas expressões sociais nas classes dominadas.

Iamamoto e Carvalho (2012) nos afirmam que ela também está ligada à generalização do trabalho livre em uma sociedade marcada no passado pela escravidão, que se generaliza na separação entre homens e meios de produção fora dos limites do contexto econômico-social.

Para os autores, a questão social surgiu da hierárquica relação de trabalho, onde um manda e o outro obedece, trazendo em seu seio a marca da escravidão

característica da sociedade brasileira em seus tempos de colonização e que, com a chegada da industrialização no país, essa forma de subordinação aumentou mais ainda, resultando também em grandes aglomerações nas cidades, desemprego e crescimento totalmente desproporcional da população.

Lopes (2011), diz que a questão social pode ser explicada a partir do momento em que o trabalho humano passou a ter significado com valor de troca, fazendo com que a classe operária trabalhasse em péssimas condições de trabalho e sem a devida remuneração, ficando a excessivas horas de trabalho a mando de seus patrões para obter uma maior produção e, conseqüentemente, maior lucro para o capitalista, sem nenhum tipo de auxílio trabalhista que lhes protegessem.

Compreende-se que, este paradigma se construiu na sociedade em torno da comercialização de baixo custo da mão-de-obra humana. Isso fazia com que os trabalhadores se rebelassem e entrassem em conflitos dentro das fábricas na busca do reconhecimento de seus esforços e de melhorias em seus locais de trabalho, assim também como fora das mesmas.

Conforme Martins (2012), está envolvido neste processo a reação dos pauperizados que ameaçavam a ordem burguesa devido à situação exploratória e degradante em que viviam, sendo este o resultado das relações economia/sociedade, progresso/pobreza do novo modo de produção burguês.

A autora enfatiza que a questão social veio à tona quando a classe trabalhadora, através de reivindicações começou a não mais aceitar aquelas condições de trabalho e de vida, tornando-se assim, uma grande ameaça para os empresários, pois com os empregados brigando por seus direitos, sua margem de lucros seria afetada. Resultando a questão social de um modo de produção imposto pela classe burguesa para obter maior lucratividade, aumentou a pobreza do restante da sociedade. Segundo Pinheiro e Dias (2009, p.2) a questão social:

[...] foi constituída em torno das transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas na Europa do Século XIX, devidas à industrialização. Inicialmente essa questão foi levantada quando com a tomada de consciência da sociedade, ou parte dela, dos problemas decorrentes do trabalho urbano e da pauperização como fenômeno social.

Para os autores, a questão social surgiu no século XIX na Europa como consequência das transformações ocorridas com a inserção das máquinas

industriais, que modificaram o modo de produção deixando de lado as atividades manuais, almejando, assim, mais agilidade e uma maior produção em menos tempo.

Segundo Santos (2012), foi através do processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital que surgiu a questão social, através da incorporação de inovações tecnológicas pelos burgueses buscando, desta forma, o aumento da produtividade oriunda do trabalho do operário e, conseqüentemente, a diminuição do período de produção de mercadorias.

Conforme o autor cita, o surgimento deste fenômeno social se deu através do excedente de produção e do longo tempo que se levava para produzir, fazendo com que o empregador instalasse máquinas industriais tecnológicas em sua fábrica, visando assim, um maior aceleramento na fabricação, diminuindo a necessidade da mão-de-obra de muitas pessoas, objetivando o aumento de lucro e agilidade do trabalho, ocasionando a diminuição dos postos de emprego e a precarização das atividades desenvolvidas nas fábricas. Foi através destes inúmeros conflitos que surgiram em nossa sociedade, como fruto das relações desiguais, que se percebeu a necessidade de profissionais que atenuassem essas contradições.

Iamamoto (2000) explica que através dos múltiplos vieses da questão social destinada a todas as fases da vida em sociedade é que nasce a ação profissional, sendo estas expressões o objeto de trabalho do assistente social. Nota-se que a consequência dos dissensos sociais são as manifestações da questão social, que se caracterizam das mais diferentes formas em nosso meio, como o desemprego, a miséria e a falta de moradia, onde os profissionais de Serviço Social irão atuar, almejando obter transformações positivas através de programas e projetos na busca da garantia de direitos, tornando-se assim, o principal enfoque de trabalho da profissão.

Para Cardoso e Rosa (2012), como fruto das desigualdades sociais, a questão social que assolava a população exigia que se criassem políticas públicas eficientes buscando a justiça e o exercício de direitos sociais sendo exercidos pelo assistente social, que busca compreender as situações e as necessidades humanas resultantes da ausência de cidadania e, desta forma, apresentar respostas aos mesmos.

Os autores enfatizam que conforme surgiam as desigualdades no meio social, exigia-se um profissional que trabalhasse com o desenvolvimento e implantação de políticas públicas voltadas a atender e proporcionar retorno eficiente

na busca dos benefícios resguardados à população. Nesse cenário, surgiu o assistente social, que através do seu conhecimento e das técnicas, deveria conhecer a realidade social com uma visão crítica e buscar responder positivamente a esta classe da sociedade.

Segundo Piana (2009), por conta das demandas provenientes do capital, surge o Serviço Social, legitimando-se como uma forma de recurso estabelecida pelo Estado e pelo empresariado com sua prática ligada aos ensinamentos da Igreja Católica, no intento de enfrentar a questão social que vai adquirindo nos anos 30 cunho político conforme as manifestações aumentavam cotidianamente.

Para a autora, a profissão é fruto da grande explosão do capitalismo industrial, em meados da década de 30, institucionalizado pelo Estado e pelos burgueses, juntamente com a Igreja Católica, que tinha a função de apaziguar a classe trabalhadora e camuflar a realidade da sociedade perante os vários conflitos advindos da superlotação das cidades industrializadas, acarretando na insuficiente quantidade de empregos, de moradias e das condições básicas de existência. Destaca-se a cidade e a indústria como as grandes responsáveis pelo surgimento do Serviço Social, conforme cita Estevão (2006, p.40):

[...] o Serviço Social é filho da cidade e da indústria, fica claro que no Brasil sua existência começa com o processo de industrialização e concentração urbana, momento em que o proletariado começa a brigar também pelo seu lugar na vida política. A implantação do Serviço Social se dá neste processo histórico, a partir da iniciativa particular de vários grupos da classe dominante, que têm na Igreja Católica seu porta-voz.

Para a autora, a atividade apareceu em decorrência da inserção das máquinas industriais nas fábricas e sua implantação no centro das grandes cidades, acarretando por um lado em uma grande faixa de desempregados e por outro a exploração dos que estavam inseridos nesses ambientes, trabalhando de maneira informal e exaustiva. Então, a classe criou grupos para combater essa exploração e começou a reivindicar por melhorias, exigindo direitos. A Igreja ficou responsável por camuflar esses movimentos.

No mesmo sentido, para Yamamoto (2000), o Serviço Social possui caráter contraditório, efeito das relações sociais que compõem a sociedade capitalista, estando a profissão entre essas relações e as classes de interesses sociais

distintos. Percebe-se que a atividade surge da relação divergente entre duas categorias diferentes da sociedade, na qual uma quer ter o poder e mandar e a outra, por não possuir os meios necessários para se autoprover, mantém-se subordinada à primeira, promovendo assim, relações desiguais e conflituosas. O Serviço Social aparece, então, para resolver a situação. Já Martins (2012, p.110) diz que:

[...] no Brasil, a profissão tem sua trajetória inicial, a partir de 1936, por iniciativa da Igreja Católica, com forte presença da matriz restauradora do conservadorismo. E a formação dos agentes sociais permanecerá sob a guarda do bloco católico até o episódio da laicização, na entrada dos quadros ditatoriais. O marco temporal que remonta às origens da profissão no Brasil se deve às particularidades sócio-históricas deste território, marcadas principalmente pela sua condição de economia periférica ao mercado mundial.

Segundo a autora, em 1936 surge no Brasil um Serviço Social com profissionais sem formação teórica, totalmente ligada aos preceitos religiosos do catolicismo, realizando atividades de cunho caridoso regidos pelo conservadorismo da época até a chegada do período ditatorial, quando houve o rompimento dessas ações, passando agora a atividade a ter embasamento científico, utilizando-se de técnicas e métodos, com nova roupagem e não mais guiado pela Igreja.

Piana (2009) enfatiza que a Igreja Católica era a grande influenciadora da categoria com ações conservadoras determinando ao Serviço Social que amenizasse os conflitos, mantivessem o equilíbrio e a ordem vigente atrelado aos mandados da classe burguesa, marcando, dessa forma, a profissão, aceita principalmente pelas classes dominantes da sociedade.

Percebe-se que desde seu primórdio, o Serviço Social constituiu-se sob a lógica da Igreja Católica, que seguia diretamente as ordens do Estado e da classe burguesa. Nessa perspectiva, tinha-se um Serviço Social com ações de viés conservador delimitadas pela Igreja com a intenção apenas de tranquilizar a camada pobre, fazendo com que a burguesia e o Estado estivessem sempre no controle da sociedade.

Assim também, Basílio e Caputi (2014) retratam que o perfil profissional foi moldado de acordo com as normas determinadas pelo Estado e pela classe burguesa, determinando que fossem desempenhadas ações imediatistas e assistencialistas, deixando de lado a totalidade da situação, realizando análises de

forma parcial. Dessa maneira, reforçava-se a exploração, o desajuste social, a moral da Igreja, propiciando a expansão da classe burguesa sob a classe menos favorecida.

Para os autores, as ações dos profissionais eram regidas pela alta classe e desempenhavam atividades meramente imediatistas e não havia um aprofundamento da real situação dos trabalhadores perante seus problemas. Assim, disseminavam os ensinamentos da Igreja rebaixando os pobres e intensificando o comando da classe burguesa sob os pobres.

Iamamoto (2017) afirma que de 1936 a 1945, período em que surgiram as primeiras escolas de Serviço Social, a profissão expandiu com influência católica e desenvolveu-se após a Segunda Guerra Mundial, nos chamados “trinta anos gloriosos” caracterizados por um acirrado crescimento da economia, desenvolvendo-se no padrão fordista-taylorista, onde se produzia em massa para o consumo também em massa, gerando excedentes.

De acordo com a autora, o Serviço Social se fortalece com as primeiras escolas da área, ainda com influência da igreja Católica, mas agora com bases teóricas e uma nova visão da profissão. Esta irá atuar após a era da produção em massa na qual houve um volumoso excedente de produtos, resultando em uma crise no sistema econômico e, conseqüentemente, aumento do desemprego, alastrando as expressões da questão social.

Para Piana (2009), no campo da profissionalização da assistência, havia a ligação com a Igreja Católica voltada para a prática da caridade e da filantropia legitimada pelo Estado e pela sociedade através da implementação de instituições assistenciais. Sendo assim, buscava-se uma instrumentalização técnica com métodos, desmembrando-se das características neotomistas para orientar-se com bases na sociologia para que se pudesse atender às novas demandas postas pelo capital.

Percebe-se que para esta autora, ainda existia um Serviço Social focado na filantropia. Porém, com a criação das primeiras escolas da área, a profissão passou a ter seu reconhecimento perante a sociedade, deixando de lado a caridade para então se basear em autores sociólogos para atuar com base teórica e através de métodos, havendo assim um significativo amadurecimento da profissão, que passaria a agir de forma diferente diante das situações relacionadas à mesma.

Nesta década, de acordo com Bulla (2003), o Estado era o grande empregador de assistentes sociais, contudo, estes também estavam inseridos em grandes instituições patronais da Indústria, como o Serviço Social da Indústria (SESI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e do comércio, como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), os quais empregavam esses profissionais para acompanharem os trabalhadores, sendo esta sua grande entrada nas empresas.

Observa-se que foi nesse período, embora o Estado fosse a maior ligação do Serviço Social no campo de trabalho, que a categoria aderiu sua inserção em instituições estatais de relevante referência nacional, desenvolvendo suas ações voltadas a atender as demandas dos trabalhadores das mesmas.

Na década de 1950, conforme Silva (2007), um novo campo surge para o Serviço Social, com a chegada das grandes indústrias e das instituições assistenciais, que exigiam técnicas e teoria na prática da profissão, estas sofriam influência norte-americana, que utilizavam a psicologização no atendimento aos desajustados psicossociais. Em suas teorias, estes deveriam ser ajustados para retornar à sociedade. Também atuavam no Desenvolvimento de Comunidade, com a educação para adultos expandindo-se e seguindo a ideologia desenvolvimentista.

É possível notar que esta década foi marcada pela abertura de um novo campo de trabalho para a profissão por conta da inserção das grandes indústrias e instituições assistenciais exigindo a presença de assistentes sociais. Estas organizações iriam exigir dos profissionais ações e métodos, também inspirados no molde norte-americano, que trabalhava na ressocialização de usuários com problemas psicossociais para buscar sua reinserção no meio social e trabalhava também com o estudo de caso de comunidade, favorecendo a ideologia desenvolvimentista.

Mioto e Lima (2009) afirmam que mesmo a profissão tendo avançado através do rompimento com o Serviço Social de caso, grupo e comunidade, que permitiu à atividade compreender a divisão sociotécnica do trabalho, ainda existem discursos sobre o exercício profissional a partir de elementos externos.

Ou seja, para esses autores, mesmo com as conquistas alcançadas e o abandono da atuação do Serviço Social tradicional, onde se adquiriu uma nova visão perante a atuação dos profissionais, na atualidade ainda existem debates

relacionados à forma como a profissão desenvolve suas atividades ligadas a fatores que não são de responsabilidades da categoria acatar.

Segundo Martinelli (2005), na década de 1960 houve um agravamento do quadro político nacional o qual o Serviço Social recuava-se. Neste momento, produziu e reproduziu práticas que descaracterizavam a luta pela construção e prevenção de seu espaço na sociedade obstruída pela ditadura militar.

De acordo com a autora, neste íterim, a profissão regressou devido à demasiada opressão por parte do Estado com o regime militar, fazendo com que os atuantes minimizassem suas lutas, pois o governo não aceitava nenhum tipo de acordo ou manifestação, havendo assim um retrocesso da profissão.

Kosmann (2006) afirma que se tinha um Estado monopolista, com postura interventista nas atividades do econômico, social e político. Já no Serviço Social, surgia a perspectiva modernizadora, fazendo com que os profissionais assumissem novas exigências devido aos movimentos ditatoriais e autoritários na América Latina, seguindo a ideologia desenvolvimentista.

Conforme o autor cita, nesta década, o Serviço Social passou pela perspectiva modernizadora obrigando os profissionais a seguir conforme o período ditatorial mandava. O Estado, então, surge interferindo mais intensamente na economia, no social e no político, exigindo que a profissão acompanhasse essas mudanças, havendo a necessidade de uma modernização da mesma obedecendo ao pensamento citado anteriormente.

No mesmo período também, a profissão sofre uma forte mudança, trazendo agora uma nova roupagem, como a autora Macedo (1986) afirma que a Reconceituação do Serviço Social foi o movimento de revisão e crítica na década de 1960 buscando romper com o metodologismo e a dicotomia entre teoria e prática, característico de origem norte-americana, rompendo de vez com o Serviço Social tradicional.

Percebe-se que essa reconceituação da profissão vem para que haja uma avaliação de como a profissão estava atuando desde o seu surgimento até aquele momento, criticando também, a forma como se dava a atuação dos assistentes sociais, inibindo de vez com a ideia de que teoria e prática não se completavam, pensamento que veio do Serviço Social norte-americano.

Silva (2003) relata que no Brasil, o Movimento de Reconceituação estava ligado ao processo de modernização atendendo as novas demandas com o objetivo

de encontrar diferentes conceitos, crenças, bases teóricas e espaços profissionais. Portanto, seu surgimento ocorre no interior da profissão, com novas propostas de ação, através de questionamentos e reflexões críticas. Nesse sentido, o rompimento com o conservadorismo foi motivado pelas exigências e uma nova prática profissional decorrente das demandas e dos interesses dos setores populares.

Segundo Silva, com o crescimento da economia, houve aumento das expressões da questão social. Com isso, o Serviço Social no Brasil passaria pela reconceituação onde, exigia-se da profissão uma reatualização modernizada que acompanhasse junto às transformações que vinham acontecendo na sociedade, com novas técnicas e embasamento teórico havendo a ruptura com o Serviço Social conservador que fazia caridade em favor da Igreja e dos burgueses.

Varandas (2011) afirma que essa reconceituação trouxe a identificação político-ideológica de lados antagônicos, dominantes e dominados, negando a neutralidade da profissão despertando na categoria a articulação profissional voltada para o debate coletivo sob a dimensão política da mesma, rompendo com o Serviço Social tradicional e conservador, com nova identidade profissional com ações direcionadas à classe trabalhadora.

Para Varandas, esse movimento trouxe a firmação do projeto político para a categoria que trabalha com dois públicos distintos, um dominando e a outro dominado, buscando valores diferentes. Exigiu da profissão o abandono da caridade e da filantropia, rompendo com o antigo Serviço Social tentando agora atender a classe trabalhadora, voltando-se para o reconhecimento e a garantia dos direitos trabalhistas e sociais.

Netto (2005) afirma que este Serviço Social crítico e que faz parte do projeto ético-político é a prova na atualidade da Reconceituação como iniciativa da crítica ao tradicionalismo e prova que mesmo depois de 1940 anos, os profissionais ainda mantêm vivos os resultados alcançados. Observa-se que a profissão integra a sociedade com olhar analítico e que está inserida no projeto ético-político como resultado do Movimento de Reconceituação o qual a profissão passou, em que o mesmo discordava da forma como eram desenvolvidas suas ações. Mesmo após anos, a categoria ainda continua refletindo e lutando por essas conquistas alcançadas.

A vertente modernizadora, para Silva e Silva (2011), significa a luta pela tecnificação das ações profissionais da categoria, para que assim pudesse

acompanhar as transformações com o capitalismo monopolista que se expandia no país. Dessa forma, tentava-se atender as novas demandas e através desta vertente se tem o esforço para transformar a atuação do Serviço Social através de técnicas para, desta forma, realizar o atendimento das necessidades sociais em virtude do crescimento do capitalismo na sociedade.

Basílio e Caputi (2014) complementam que a vertente modernizadora se afirma no Serviço Social através dos Documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), que abandonou as tradicionais atividades de ajuda para se tornarem uma categoria profissional com responsabilidades e capacitado a formular e gestar políticas sociais e ações metodológicas interventivas baseadas no atendimento corretivo, preventivo e promocional.

Conforme os autores, essa linha de pensamento tem seu marco consolidado através dos encontros de Araxá e Teresópolis, que inovaram a atuação profissional do Serviço Social deixando de lado ações tradicionalistas de caridade e filantropia para assumir uma nova postura, com visão ampla de formular e dirigir ações interventivas e postos sociais.

Netto (2011) destaca que os pontos abordados em Teresópolis redefinem a parte sociotécnica dos profissionais e consideram os assistentes sociais como funcionário do desenvolvimento apresentando uma verticalização que correspondia a mudanças nas técnicas interventivas seguidas de ações imediatas. Segundo o autor, neste encontro ao profissional, lhe foi posta uma nova postura direcionada ao seu saber e à sua atuação, onde o mesmo deverá incrementar e adequar-se a novas técnicas para interferir de maneira que apresente os resultados mais rapidamente.

Iamamoto (2001) afirma que na década de 1970, no cenário profissional surgem novas análises inspiradas no Marxismo, que contribuiu para uma ruptura teórica e prática com o tradicionalismo e com a aproximação do Serviço Social com o universo marxista. Houve, então, equívocos e impasses teóricos, políticos e profissionais existentes até hoje. De acordo com a autora, a década de 1970 é marcada por forte influência da tradição marxista, voltada para a relação capitalista e suas consequências, rompendo de vez com o tradicionalismo, dirigindo sua base teórica para a de Karl Marx.

Kokrda (2014) retrata que em 1979 houve o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBASS), mais conhecido como Congresso da Virada, que

possui um grande sentido para o Serviço Social, pois os profissionais se rebelaram contra as organizações empregatícias que seguiam as ordens dos burgueses e eram conservadoras. Nessa perspectiva, buscava-se a união com os movimentos sociais para lutarem contra o regime ditatorial, por um Estado democrático e pela luta de direitos a todos, tendo a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo como marco principal.

Entende-se que para a autora, este ano foi marcante para a profissão, quando através do Congresso da Virada, os profissionais se opuseram contra as instituições que ainda eram conservadoras e ligadas à classe alta. O seu propósito era unir os grupos sociais junto à categoria para lutarem por transformações no poder, que garantisse ao povo a soberania de escolher e batalhar pelos seus direitos sociais, resultando também no abandono de ações conservadoras por parte da profissão.

Lemos e Faceira (2016) destacam que o Congresso da Virada foi decisivo para que a profissão tomasse novos rumos através das modificações aderindo a uma nova perspectiva teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política aproximando-se da teoria marxista para lutar pelos direitos da classe trabalhadora com um olhar diferenciado para a produção capitalista. Assim, a categoria amadureceu seus princípios e propagou nos cursos de Serviço Social e nos documentos científicos as transformações e o conhecimento profissional vivenciada.

Para os autores, este evento assumiu a responsabilidade de mudanças no interior da categoria. Através destas novas transformações, a profissão apropriou como base a teoria marxista em prol da população trabalhadora atuando de maneira crítica na relação capitalista, que sempre desfavorecia os trabalhadores. Portanto, a profissão amadureceu e buscou disseminar estas novas transformações. Com essas mudanças na classe, ocorreram também modificações em sua estrutura e no processo de trabalho dos assistentes sociais, firmando mais ainda a categoria para a sociedade.

Faleiros (2005) afirma que a metodologia está relacionada à teoria da articulação entre o que fazer e poder fazer dentro das relações sociais. Não consistindo a metodologia em um conjunto de etapas e sim na análise das condições para que se desenvolva uma ação crítica, estratégica e tática dos recursos para desenvolver sua atividade.

Para o autor, a metodologia é a análise dos meios para compreender e, assim, se posicionar. Além disso, decidir de que forma o profissional fará a sua intervenção, estando a metodologia ligada à teoria do fazer e o que o profissional realmente tem condição, bem como os meios de poder fazer nas relações sociais para a garantia de direitos.

Leite *et al*, (2014) afirma que os fundamentos teórico-metodológicos do Serviço Social são realizados por meio de um conjunto de métodos, técnicas e instrumentos que seguem as normas do projeto éticopolítico da categoria, de maneira crítica e condizente com a realidade do usuário. Então, se escolherá o melhor a ser aplicado para intervir junto a determinada expressão da questão social.

Nota-se que os fundamentos da profissão estão ligados à maneira com que os profissionais desenvolvem o seu fazer no exercício da função, estando essas ações condizentes com o projeto éticopolítico e que diante das diversas expressões da questão social, este, com criticidade irá desenvolver sobre a mesma.

Fonseca (2008) explana que o processo de trabalho do assistente social envolve conhecimento através da dimensão teórico-metodológica sendo importante, pois contribui para eliminar a leitura sobre a realidade e nortear sua ação; e os instrumentos técnicos-operativos são as estratégias que o profissional usará para realizar a reflexão e o diálogo, buscando a finalidade de sua ação.

De acordo com Fonseca, fazem parte dos meios de processo de trabalho do assistente social o conhecimento, em que aí está envolvida toda a base teórica do profissional, de como se dará sua atuação paltada no saber adquirido, para que, então, este consiga nortear o desenvolvimento da sua atividade e, por conseguinte, os instrumentais técnico-operativos. É através destes que o profissional irá desenvolver métodos e técnicas para conhecer a realidade do usuário e, desta forma, trabalhar os meios para dar ao usuário um retorno.

Santos (2013) salienta que a dimensão técnico-operativa desenvolve-se através de estratégias, táticas e técnicas que materializam a ação do profissional e representam a conjuntura teórica da profissão. Observa-se que esta dimensão está relacionada às técnicas que o profissional usa no desempenho da função para agir na situação de forma coerente e correta e que tenham embasamento em teorias próprias da categoria.

Os primeiros códigos de ética da profissão eram de cunho conservadores, baseados nos ensinamentos da Igreja, conforme aponta Barroco e Terra (2012), que

o primeiro, datando de 1947, estava ligado diretamente aos preceitos e doutrinas da Igreja Católica. O segundo, de 1965, já apresentava algumas pequenas transformações na profissão, no entanto, ainda não havia rompido com a Igreja e apresentava consigo base filosófica neotomista e funcionalista. O terceiro, de 1975, extinguiu os novos valores democrático-liberais que haviam sido implantados no código anterior, tornando-se uma renovação do conservadorismo nas ações da classe.

Percebe-se que a Igreja sempre se fez presente na categoria desde as suas primeiras ações e que por muitos anos conduziu as bases da profissão determinando a forma como os profissionais deveriam atuar, pois assim, as ações sempre favoreceriam a classe detentora do poder. A prova disso é que quando ocorreram algumas mudanças no segundo código de ética, houve um retrocesso no terceiro código da categoria com relação às alterações que foram implantadas.

Valiente (2010) afirma que o projeto eticopolítico do Serviço Social é inovador e crítico, tem sua teoria e metodologia embasada no Marxismo, com suas ações direcionadas à classe trabalhadora, garantindo a universalização de bens e serviços na consolidação dos direitos. Assim também, declara-se democrático, orientando à importância do profissional em expandir seu intelecto para desenvolver suas ações competente e comprometidamente a desvelar a realidade social em que está inserido.

Nesse sentido, o projeto eticopolítico da profissão é voltado para a tradição marxista e direcionado para a relação empregador *versus* empregado, daí resultando grandes conflitos no meio social, mas sempre objetivando para a garantia dos direitos sociais do trabalhador de forma democrática, além de orientar que o profissional esteja sempre se atualizando para desempenhar sua profissão de maneira competente.

Bravo e Matos (2004) citam que o Código de Ética de 1988 do Serviço Social destaca-se por comprometer-se em viabilizar a sociedade a participar das decisões institucionais firmando compromisso com a Constituição Federal de universalizar os direitos e a sociedade manter-se à frente do controle social. De acordo com esses autores, este código diferencia-se dos demais profissionais por comprometer-se em integrar toda a população que faz uso dos serviços nas decisões e transformações que ocorrerem na instituição e garantindo o que está

previsto na Constituição Federal, que é expandir os direitos sociais e assegurar que a sociedade esteja à frente deste controle.

Silva (1993) retrata que o Código de Ética de 1986 deu-se como uma expressão das conquistas através da negação da base filosófica tradicional e da neutralidade. Com isso, firmou-se um novo perfil do técnico deixando de ser subalterno para desempenhar suas ações com bases teóricas, técnicas e políticas para a classe trabalhadora. Com o amadurecimento do projeto, exigia-se mais rigor com os princípios conquistados para melhor explicitar seus parâmetros éticos e para que houvesse uma melhor instrumentalidade na prática profissional.

Segundo o autor, este código aprovado em 1986 foi resultado das mudanças pelas quais a profissão sofreu. Ele vem para direcionar as ações profissionais rompendo com o perfil conservador e caridoso submisso à Igreja e ao Estado, norteando-se em bases filosóficas, atuando com métodos e técnicas, inserindo-a de vez na sociedade como uma profissão que luta pelos direitos da classe menos favorecida, buscando resultados positivos para os trabalhadores. Relacionado às conquistas alcançadas com o Código de Ética de 1986, Barroco e Terra (2012, p.48) cita:

o rompimento com a pretensa perspectiva “imparcial” dos Códigos anteriores; o desvelamento do caráter político da intervenção ética; a explicitação do caráter de classes dos usuários, antes dissolvidos no conceito abstrato e “pessoa humana”; a negação de valores a-históricos; a recusa do compromisso velado ou explícito com o poder instituído.

Na visão dos autores, o código de 1986 rompeu com o pensamento e as ações conservadoras presentes nos códigos anteriores, reconhecendo e tornando claro o senso político na prática profissional, assim como a diferenciação do estilo de vida de cada usuário, o repúdio ao negativismo do contexto histórico e a rejeição ou ocultação do compromisso à competência que lhe é destinado.

Oliveira (2011) destaca que o Código de Ética de 1993 consolida os avanços alcançados pela categoria no documento de 1986 e a proposição de mudanças que revelam o amadurecimento teórico, o significado social e os rebatimentos de intervenção da profissão, expressando o abandono da base filosófica conservadora, o reconhecimento da profissão na garantia de direitos, e um instrumento para a

totalidade dos profissionais garantindo condições ideais de exercício profissional focando na qualidade dos serviços à população usuária.

Para este autor, as mudanças ocorridas no Código de Ética ocorreram para reafirmar a estabilidade e todas as conquistas da profissão, bem como, rebater críticas feitas à atuação dos profissionais e amparar ainda mais a atuação do assistente social na garantia dos direitos aos cidadãos. Além disso, através dos meios instrumentais, desenvolver um melhor desempenho profissional.

Barroco e Terra (2012) complementam que o Código de Ética de 1993 consolidou a expressão da liberdade e da justiça social como valores primordiais para o Serviço Social e que o profissional deverá trazer para si como conduta importante no ato das ações do exercício da profissão.

É evidente que este código que rege a categoria apresenta como valores essenciais à profissão o direito a manifestar a liberdade e a justiça social em prol de seu usuário, destacando ser extremamente necessário que o assistente social tenha total entendimento dessas ações e as desenvolva no seu cotidiano profissional. No tópico seguinte serão abordados os instrumentais que o profissional utiliza para realizar sua atuação.

## **2.2 Processo de Trabalho do Assistente Social**

O assistente social em seu cotidiano utiliza-se de vários instrumentais para a realização de seu fazer profissional. Conforme Guerra (2007) define, a instrumentalidade é uma capacidade que a profissão ganha a cada objetivo alcançado e possibilita aos profissionais que objetivem algo com as respostas que encontraram e através desta habilidade profissional que os assistentes sociais modificam e transformam as condições e as relações interpessoais e sociais no nível do cotidiano de uma determinada realidade. Ou seja, a instrumentalidade resume-se na forma como os profissionais desenvolvem a profissão na busca da concretização de um objetivo. É por meio desta capacidade que os profissionais transformam a realidade dos usuários.

Já para Costa (2008), a instrumentalidade é capaz de mobilizar e articular os instrumentos para a consecução das respostas à população e que compõe-se de elementos com referências teóricas e metodológicas, valores e princípios,

instrumentos, técnicas e estratégias buscando a totalidade da profissão e da realidade social.

Percebe-se que a instrumentalidade consiste nos meios e na forma que o profissional possui para apresentar resultados diante das demandas surgidas e que formam um conjunto de estratégias, buscando-se, assim, conhecer a realidade do cidadão e apresentar perspectivas positivas ao mesmo perante seus direitos.

O sigilo profissional é importante, pois conforme Barroco e Terra (2012, p.91) “ele não envolve apenas o que é confiado ao profissional pelo usuário; é parte da ética profissional a preservação do usuário de todas as informações que lhe digam respeito, mesmo que elas não lhe tenham sido reveladas diretamente”. Ao profissional lhe compete total discricção quanto aos dados do usuário fornecidos pelo mesmo ou indiretamente, determinado pela ética do profissional que assegura essa proteção de suas informações.

Sanchez e Matos (2008) destacam a entrevista como um instrumental que serve para coletar informações do usuário dando ao assistente social a chance de ter acesso às demandas aparentes e implícitas às quais o cidadão esteja necessitando que haja intervenção. Entende-se como um instrumental de grande importância para a categoria por direcionar o profissional através de um diálogo a coletar informações sobre o problema do seu usuário. Dessa forma, o profissional conhecerá e colherá maiores informações e intervirá realizando o devido encaminhamento. Na visão de Lavoratti (2016, p.82):

Atualmente entende-se que, muito mais do que um conjunto de regras e técnicas destinadas a resolver os problemas dos usuários, a entrevista é um instrumental técnico-operativo que permite realizar uma escuta qualificada e estabelecer uma relação dialógica intencional com o usuário, através da qual se busca conhecer a realidade social, econômica, cultural e política onde este está inserido e que incide direta ou indiretamente sobre as suas demandas.

De acordo com o autor, a entrevista não se limita apenas a encontrar uma solução para o problema, mas sim através deste instrumental, o profissional saberá escutar e criará um vínculo de confiança com o seu usuário para que assim o mesmo consiga entender em todos os âmbitos sociais o processo e a condição de vida ao qual aquele que recebe o atendimento está inserido.

Então, buscando conhecer de perto a situação de seu usuário, o assistente social realiza visitas domiciliares, que de acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010), ela é um importante instrumento porque faz com que o profissional compreenda a realidade das condições de vida, como a moradia e as relações em família e no meio social do usuário. Assim, terá mais elementos para a busca dos direitos aos mesmos.

Para o CFESS, é através das visitas que o profissional poderá conhecer de forma verídica a total realidade de quem está sendo atendido e, desta forma, terá uma maior clareza em suas análises. Buscará, portanto, enquadrar este usuário e sua família nos direitos e nas políticas destinados à resolução de seu problema.

Sousa (2008) destaca a visita domiciliar como sendo um instrumental que objetiva conhecer as condições em que vivem o seu usuário em seu local de moradia e as relações sociais em que o mesmo faz parte. Nesse sentido, este instrumento, através do assistente social, interliga as ações da instituição à realidade das pessoas que buscam atendimento.

Conforme o autor, a visita domiciliar dá a oportunidade ao assistente social de conhecer de perto as condições físicas, econômicas e sociais na qual os usuários vivem cotidianamente, garantindo através do profissional que a instituição tenha também consciência das condições do mesmo.

Na visão de Ribeiro (2010), a visita domiciliar cooperará para que o profissional entre em contato com outras pessoas objetivando conhecer de perto a realidade do usuário e permitindo que o mesmo tenha uma nova visão estando diretamente no campo algo que somente dentro da instituição o profissional não conseguiria detectar. Assim, o profissional verá e compreenderá todo o arcabouço dos fatos e fará o encaminhamento adequado, não limitando-se apenas ao seu local de trabalho. Como mais uma das ferramentas de trabalho do assistente social, Sousa (2008, p.130-131) define o parecer social como:

[...] uma avaliação teórica e técnica realizada pelo assistente social dos dados coletados. Mais do que uma simples organização de informações sob a forma de relatório, compete ao assistente social avaliar essas informações, emitir uma opinião sobre elas. Uma opinião que deve estar fundamentada, com base em uma perspectiva teórica de análise.

Compreende-se, que este instrumental permite ao profissional analisar as informações adquiridas, organizá-las e, sobretudo apontar o seu ponto de vista conforme sua avaliação de forma que este apresente embasamento teórico que fundamente sua visão. É através deste que será apresentado um resultado de maneira positiva ou negativo sobre uma determinada demanda.

Santos, Silva e Santos (2012) apontam o encaminhamento como um instrumental de articulação que serve para prestar o acolhimento às demandas dos usuários através dos serviços e fazendo o devido encaminhamento para um profissional de outra área ou outro setor para que o seu problema seja resolvido, nem sempre havendo a necessidade do assistente social intervir, pois cada instituição tem um objetivo próprio.

Este instrumental permite ao assistente social procurar nas demais áreas informações sobre serviços e ações e, assim, direcionar ao usuário para que a sua necessidade seja atendida, considerando que algumas situações não cabe a intervenção deste profissional.

Santos (2013) enfatiza que o exercício profissional é desempenhado através da articulação das dimensões que compõem o ofício da categoria atentando-se às situações subjetivas e objetivas, determinando a obrigação do Serviço Social em apresentar respostas às demandas, requisitando ações socioprofissionais e políticas demarcadas pelas ligações dos diversos projetos profissionais. Percebe-se que a articulação permite ao profissional conhecer a realidade do usuário e realizar a ligação do seu referencial teórico, com o seu saber político e determinar a escolha adequada para buscar dar retorno às demandas sociais.

É imprescindível que o assistente social, em qualquer espaço que esteja inserido, dialogue com os profissionais das demais áreas, conforme Souza e Souza (2009) destacam a interdisciplinaridade, que é o meio de atingir conjunturas e problemas através da união de conhecimentos e práticas de várias áreas que resultem em uma intervenção, correlacionando e valorizando o saber e as atribuições de cada profissional inserido na demanda.

Conforme as autoras, este instrumental aproxima e envolve os profissionais de várias especialidades em uma equipe, cada um com suas características, conhecimentos e responsabilidades distintos, que juntos podem trocar informações e saberes para que assim consigam intervir nas demandas que chegam à instituição e

que são repassados aos profissionais. Sendo assim, Gomes (2018, p.11) enfatiza que:

O assistente social é chamado a compor equipes interdisciplinares, onde deve contribuir para explicar e intervir nas expressões da questão social, considerando seu compromisso éticopolítico de coadjuvar para uma sociedade democrática, com serviços públicos de qualidade, livre de preconceitos, exploração, e autoritarismo.

Observa-se que o profissional de Serviço Social é requisitado nessas equipes para a cooperação no esclarecimento e na intervenção das demandas que chegam à equipe como resultado das expressões da questão social, buscando através de suas ações auxiliar na disseminação de uma sociedade justa, igualitária e sem discriminação para todos.

Compõe também o quadro de instrumentais da profissão o relatório social, que de acordo com Sousa (2008, p.130): “Esse instrumento é uma exposição do trabalho realizado e das informações adquiridas durante a execução de determinada atividade”. Isto é, o relatório social permite ao profissional apresentar os dados colhidos durante uma ação que o mesmo tenha vindo a realizar sobre determinada demanda.

Silva e Melo (2011) relatam que ao assistente social em seu espaço sócio-ocupacional lida com diversos desafios que chegam a este e que muitas das vezes é chamado apenas para resolver de maneira imediata os problemas apresentados à instituição. Nesse sentido, o atendimento é afetado, pois não há análise da totalidade da situação. Compreende-se que ao profissional em seu cotidiano lhe são apresentadas inúmeras demandas, nas quais cabem ao assistente social responder às mesmas percorrendo somente até o limite demarcado pela instituição, precarizando assim o atendimento e a resolução do problema do usuário.

No próximo capítulo será apresentada a Política de Saúde no Brasil apontando todo o contexto histórico de seu surgimento, bem como o direito do usuário perante o sistema público de saúde, as falhas, os inúmeros problemas no acesso dos usuários a esta política.

### **3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Neste capítulo será discutida a política de saúde relatando a história da saúde no Brasil destacando os marcos importantes para a construção da saúde pública até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), atual sistema adotado na sociedade brasileira.

#### **3.1 A História da Saúde no Brasil**

A saúde no Brasil passou por diversas transformações, o que no princípio era destinado somente a quem contribuía com as mudanças ocorridas no meio social, como a luta dos profissionais da área e da população, que exigiam melhorias e a saúde como direito igualitário aos cidadãos. Temos hoje um modelo de saúde para todos e que serve de inspiração para outros países.

Ministério da Saúde, Brasil (2000) faz uma comparação do significado de saúde explicando que antes a saúde representava o estado de não-doença, destinando-se apenas a remediar os efeitos e as causas para a cura de agravos à saúde. Porém, este conceito deu lugar à noção de prevenção dos agravos e à promoção da saúde que passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, que compõe-se de um conjunto de fatores sociais como o saneamento básico, a moradia, entre outros.

Desse modo, há anos a saúde era vista apenas como sendo a situação de não-doença, ou seja, o Estado apenas intervia e criava campanhas e vacinas quando o surto de alguma doença ameaçava se espalhar pela população e que percebia-se que poderia virar uma epidemia, então realizava-se apenas uma prevenção momentânea da doença evitando que se espalhasse. Porém, não era uma medida definitiva e sim temporária.

De acordo com Santos (2012), no século XVIII, a assistência médica era prestada de forma filantrópica e na prática liberal. Já no século XIX, com as transformações econômicas e políticas, surgem a vigilância do exercício profissional e as campanhas. No século XX a cura de doenças era praticada de forma caridosa pela Igreja e por médicos que recebiam pelo atendimento e por parte do Estado. Não havia a obrigatoriedade desta assistência.

Percebe-se que, no século XVIII, a saúde era prestada através de ações realizadas pela Igreja para aqueles que não tinham condição de pagar pelos serviços médicos privados e também pela prática liberal onde a alta classe pagava profissionais para virem do exterior atender sua família. Já no século XIX, aparecem as primeiras transformações no campo da saúde com o desenvolvimento das campanhas pioneiras, limitadas à classe burguesa. No final do século, os trabalhadores começavam a reivindicar o direito à saúde. Ao Estado, neste período, não cabia nenhuma atribuição com relação à assistência médica.

Scliar (2007) considera que embora a saúde faça parte de uma conjuntura social, política e cultural esta, não constitui-se de forma igualitária para todos, mas está ligada a características próprias de cada um, como os valores individuais, as concepções científicas, religiosas, filosóficas, do lugar, da época, da classe social.

De acordo com este autor, o sentido de saúde não está relacionado somente ao estado de doença, mas dependerá de vários fatores como a época em que a pessoa viveu e sua renda familiar. Estará também relacionada à fé e às crenças, ou seja, não existirá um conceito fixo do que seja a saúde, pois a mesma será influenciada por diversos indicadores, distinguindo-se de pessoa para pessoa.

Santos (2017) destaca que foi através da Lei Eloy Chaves de 1923 que se tem o início do sistema previdenciário brasileiro. Sendo implantando nas estradas de ferros uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), estendido em 1926 aos portuários e marítimos e em 1928 aos trabalhadores dos serviços telegráficos, quem funcionava como um sistema de capitalização e devido à pressão do Poder Público muda para o sistema de repartição.

Segundo Santos, a Lei Eloy Chaves foi a responsável pelo início do poder previdenciário no Brasil ao criar as CAPs inicialmente nas empresas ferroviárias e logo depois aos portuários, marítimos e outras áreas. O sistema previdenciário surgiu nas CAPs como uma forma de arrecadação, mudando depois devido à pressão do Poder Público para o sistema de repartição, almejando, assim, uma maior arrecadação para manter os benefícios.

De acordo com Bravo (2009), na década de 30 a saúde era de caráter nacional e dividia-se em saúde pública, que buscará condições sanitárias para as populações urbanas e as do campo, e a medicina previdenciária que surge ligada à criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), buscando expandir seus

benefícios para outras categorias de trabalhadores urbanos. Desta forma, antecipando futuras reivindicações destas classes.

Para a autora, nos anos 1930, a responsabilidade das ações de saúde era dividida entre saúde pública, que neste momento buscava criar novas ações e condições sanitárias para a melhoria da saúde da população e a medicina previdenciária que surgiu através dos IAPs expandindo a oferta de ações na saúde para outros trabalhadores, evitando futuros protestos e mais amplos.

Menicucci (2014) afirma que a política de saúde brasileira surge de forma segmentada eclodindo na previdência social onde designou-se ao Estado a garantia dos direitos sociais, estando esta previdência ligada às Caixas e aos IAPS que prestavam serviços de saúde aos trabalhadores destes institutos.

Segundo a autora, a assistência à saúde emerge através da previdência social. É a partir deste momento que o Estado passa a ser responsável pela garantia deste direito à população. A previdência social surge de forma diferenciada para os cidadãos brasileiros que, primeiramente eram ligadas às empresas garantindo aos trabalhadores a assistência à saúde por meio de descontos obrigatórios em seus salários e logo depois nos IAPs, que prestavam a mínima assistência para quem não era trabalhador formal e necessitasse de atendimento.

Bravo (2009) relata que em 1950, o atendimento hospitalar privado almejando lucros seguia na direção de formar novas empresas médicas, pois, a saúde privada estava bem mais organizada e preparada. Assim, pressionavam o Estado em favor da privatização.

De acordo com a autora, nesta década a saúde privada buscava a introdução de novos hospitais particulares. Estas, por estarem vinculadas ao capitalismo e visarem o lucro, eram bem estruturadas. Em decorrência disso, passaram a pressionar o Estado, buscando assim, que o mesmo investisse favorecendo a privatização da saúde em prol de lucros maiores.

Ravagnani (2010) atenta que foi na década de 1970, em que ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira. Este foi um movimento que partiu da articulação de vários segmentos da sociedade agregados ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os quais defendiam a universalidade, a equidade, integralidade, descentralização e a integração da sociedade, assim como, a reestruturação da saúde buscando a resolução dos problemas sanitários.

Percebe-se que nesta década, a classe média com o apoio do CEBES juntou-se a profissionais de várias áreas para lutarem e pedirem por transformações que interferissem nos problemas sanitários, por melhorias na área da saúde e pela inserção da sociedade civil nas discussões.

No mesmo sentido, Paim (2008) define a Reforma Sanitária Brasileira como um meio social de elencar e democratizar o direito à saúde como reconhecimento de cidadania garantindo acesso a todos, assim como a responsabilidade do Estado na clareza das decisões e a participação da sociedade nas instâncias de políticas públicas e nas ações da saúde.

Observa-se que esta reforma pode ser entendida através de um conjunto de ações organizadas e geridas pelos órgãos competentes com o objetivo de transformar e democratizar ações que afetem positivamente a saúde e que tragam melhorias e resultados ao sistema de saúde e à população usuária.

De acordo com Bravo (2009), o Projeto da Reforma Sanitária focava atingir seus objetivos através do SUS e teve a participação de vários profissionais da saúde unidos ao movimento popular para defender que o Estado fosse o responsável em firmar compromisso com a sociedade de forma clara e que garantisse direitos nas políticas sociais, incluindo a saúde. A autora considera como um movimento de muita importância que mobilizou profissionais da saúde e movimentos sociais em prol de que o Estado assegurasse o direito a todas as políticas.

Para o CFESS (2010), a principal proposta da Reforma Sanitária é a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, à saúde estando relacionada com a melhoria nas condições de vida e de trabalho, um novo sistema de saúde, através da implantação do SUS, redefinição dos papéis das esferas do governo e financiamento total do Estado na área da saúde.

Conforme o CFESS, a Reforma Sanitária vem em defesa de mudanças gerais no contexto das políticas sociais e na garantia dos direitos, incluindo-se principalmente a saúde ampliada, não somente no estado de doença, mas em todos os fatores que possam influenciar que o usuário desenvolva este estado. Defendia também a reorganização da saúde com a construção e implementação do SUS, redefinindo-se também à função da União, estado, municípios e territórios no segmento da saúde e lutando para que o Estado assumisse a total responsabilidade pela garantia da saúde de qualidade a toda a população.

Ministério da Saúde, Brasil (2010) afirma que em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que revolucionou e acirrou a Reforma Sanitária brasileira, garantindo que não poderia haver a indissociabilidade entre a saúde como direito irrevogável e a garantia dos demais direitos destinados à sociedade.

Percebe-se que foi através desta conferência que a Reforma Sanitária Brasileira se consolidou de vez na sociedade afirmando que não poderia haver a separação entre o direito a saúde destinados a todos sem a mesma estar agregada aos demais direitos sociais, ou seja, um direito complementa o outro para que assim seja obtido um resultado completo e o direito seja assegurado.

Bravo (2009) retrata a 8ª Conferência de Saúde como o grande marco, pois inseriu a sociedade nos debates sobre saúde deixando de lado as ações nos fóruns (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e buscaram focar na inserção das várias camadas da sociedade, como os moradores, os sindicatos, o parlamento, entre outros, garantindo o direito de voz a todos.

De acordo com a autora, esse evento foi o grande estopim para o envolvimento da sociedade nas discussões relacionadas à saúde, deixando de envolver apenas os órgãos específicos para direcionar a participação de toda a sociedade nas discussões, concedendo assim poder nas decisões e discussões à população.

Paim (2008) afirma que foi através desta Conferência que reafirmou-se a saúde como direito de toda a população e determinando ao Estado a função de prover a mesma com ações específicas para a união, estados e municípios garantindo total acesso da sociedade nas decisões relacionadas à política de saúde.

Nessa perspectiva, este evento trouxe para o meio social uma grande conquista, que foi a afirmação do direito à saúde para quem dela necessitar e determinando ao Estado a função em prover e garantir este direito à população, além de criar um sistema de saúde com atribuições para cada esfera do governo e que ao usuário lhe fosse assegurado o direito de acompanhar esta política de saúde.

Após as conquistas da VIII Conferência de Saúde, Araújo (2009, p.50) destaca o “Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), aprovado em 1987, foi o antecessor do SUS, [...] surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde”. O SUDS era uma forma de garantia de

acesso da população à saúde não de maneira universal, mas era realizado através de acordos entre entidades estaduais e os trabalhadores de carteira assinada.

O principal foco do SUDS, segundo Souza (2002, p.29) era unir “(Ministério da Saúde e INAMPS - Ministério da Previdência e Assistência Social) com consequente universalização da cobertura e a descentralização”. Buscava-se assim, uma melhoria no sistema já objetivando uma saúde que englobasse a todos que precisassem independente de contribuir ou não, e assim, uma divisão das funções para cada órgão. No final da década de 1980, houve a firmação da saúde na Constituição Federal conforme cita Correia (2009, p.125):

Em 1988, articulam-se no Movimento de Reforma Sanitária os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares e fazem pressões na Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a conquista do SUS. Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a Saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização como prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação.

Nota-se que no ano citado, as várias camadas da sociedade se juntaram aos participantes da Reforma Sanitária lutando para que fosse constituído o SUS como política de saúde. No entanto, até que fosse aprovado houve muitos embates entre os progressistas, que lutavam por transformações, e os conservadores, que eram a favor da mesmice, evitando assim gastos com o social e mesmo com os opositores o SUS foi aprovado e inserido na Constituição Federal como um direito de todos e de responsabilidade do Estado em prover uma saúde de qualidade e transparência. Então através da Constituição Federal de 1988, conforme Silva (2018, p.8) foi instituído:

O Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de atender as necessidades locais da população e de cuidar de questões que influenciam na verificação da saúde, como o meio ambiente, a vigilância sanitária, a fiscalização de alimentos, entre outros.

De acordo com a autora, o SUS surge com o proposito de suprir as necessidades de atenção à saúde e de intervir com medidas de fiscalização, englobando todos os meios que envolvem a população e que, se não houver

atenção e cuidados, podem resultar em fatores que levam a situações de problemas de saúde. Assim, o SUS tem a atenção ampla para mudar a saúde na sua totalidade e não de maneira fragmentada.

Barros e Sousa (2016) apontam que o direito à saúde designa-se não somente ao direito de ser saudável, mas deve ser um direito que além de garantir cuidados à saúde, deve pautar-se na atenção aos meios que podem levar a população a desenvolver uma doença, como o acesso a água e saneamento de qualidade, moradia e boa alimentação, lugares e ambientes para o desenvolvimento de atividades saudáveis, além de disseminar conhecimento na área da saúde e também sexual e reprodutiva.

Observa-se que o direito à saúde não pauta-se apenas em acolher e cuidar de uma pessoa doente almejando sua melhora, mas em prevenir para que as pessoas não venham a desenvolver doenças. Nesse sentido, busca-se incrementar medidas para cuidar dos meios físicos necessários e repasses de informações que levam a conscientização sobre as áreas da saúde médicas, assim como, a saúde reprodutiva.

Da mesma forma, Martins (2008) enfatiza que o direito à saúde é um benefício fundamental que está vinculado à dignidade da pessoa humana, que não pode ser negado de nenhuma forma e que deve ser entendido como condição existencial. Conforme a autora, o acesso e os cuidados à saúde são de grande importância, pois não caracteriza-se apenas como um direito mais sim como um fator que relaciona-se ao respeito para com o ser humano de ter condições para sua sobrevivência. A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde nos artigos 196 a 200 conforme cita Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003, p.20-21):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,

organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Compreende-se que esses artigos são determinantes para que seja desenvolvida uma saúde de qualidade com ações preventivas e divididas entre os órgãos competentes, assegurando também a destinação de verbas para uma saúde que ofereça os aportes necessários para que os usuários usufruam de procedimentos em todos os níveis de gravidade, havendo também a preocupação com o meio social em que convivem e em não afetar o meio ambiente.

Segundo Pinho *et al*, (2012), o artigo 196 da Constituição da República define que a saúde é direito de todos e dever do Estado destinados à sociedade através de políticas sociais e econômicas, buscando a redução de doenças e agravos, de forma igualitária para todo aquele que necessite das ações e serviços objetivando a melhoria do seu estado de saúde garantido através do SUS.

Para o autor, este artigo da Constituição vem garantir a saúde como um direito de todos, ou seja, para quem dela precisar e o Estado como principal provedor da garantia igualitária do acesso à saúde pública bem como da implementação de ações e campanhas que visem à redução, proteção e recuperação do agravo de doenças à população, garantindo que todos tenham acesso livre à realização de exames, consultas, recebimentos de medicamentos, entre outros, através do SUS.

De maneira semelhante, sobre o artigo 196 da Constituição Federal, Teixeira (2011) afirma que ele traz a ideia do direito à saúde ligada à cidadania, destinados aos brasileiros nascidos ou naturalizados, cabendo ao Estado a função de promover tal direito, proteger contra riscos e assegurar a assistência em caso de doença acometida a este usuário.

É evidente que para o autor, esse artigo garante a todo cidadão brasileiro nascido ou naturalizado o direito ao acesso a todos os recursos voltados para a saúde e ao Estado compete a obrigação de garantir este direito a quem dele necessitar através de campanhas de prevenção, proteção e atendimento, investimentos nas unidades de saúde e em profissionais qualificados e a elaboração de projetos envolvendo toda a população.

Brasil (2003) cita que o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, determina também ao SUS controlar e fiscalizar procedimentos de interesse para a saúde e participar da produção de insumos; executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da política e das ações de saneamento básico; acrescentar na sua atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; inspecionar alimentos, bebidas e água para consumo; participar do controle e fiscalização da produção; colaborar na proteção do meio ambiente.

De acordo com o autor, o artigo 200 vem determinar outras atribuições e competências ao SUS que determinam não somente a execução do atendimento à saúde, mas um conjunto de ações internas e externas para que a sociedade possa ter participação com a saúde da população, como a tecnologia a favor de estudos e pesquisas na área da saúde e a responsabilidade de não agredir o meio ambiente com a utilização dos materiais. No tópico seguinte, será abordado o SUS contemplando as leis, desafios e avanços no desenvolvimento desta política.

### **3.2 O Sistema Único de Saúde – SUS**

A política de saúde vigente no Brasil é o SUS. É ele que garante o direito à saúde e rege todos os projetos, serviços e ações desenvolvidas pela União, estados e municípios, sendo estes órgãos os principais responsáveis pelo planejamento e execução desta política na sociedade brasileira.

O SUS foi aprovado através da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. De acordo com Brasil, Presidência da República (2003), esta lei “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Sendo a regedora, é ela quem norteia toda a política do SUS, tanto relacionada à população, como aos órgãos que são responsáveis pelo desempenho da mesma.

Após a Lei 8.080/1990 que assegura a todos o direito à saúde, foi implantada conforme cita o mesmo autor, a Lei nº8.142, de 28 de Dezembro de 1990 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Ou seja, esta lei assegura e garante o direito de toda a população a participar dos assuntos que envolvem a saúde em todas as esferas até a destinação dos recursos para gastos.

Pinho *et al* (2012) aponta que o SUS é um sistema público de saúde que comporta e abrange um conjunto de ações, de responsabilidade das três esferas estatais, cada uma com sua função, mas as três agem integradas entre si para que, assim, haja uma boa prestação de serviços de maneira gratuita a toda a sociedade.

Para este autor, o SUS é um sistema público de grande referencial para os demais países, pois abrange e desenvolve um grande número de ações e serviços voltados para a garantia de direito à saúde a toda a população brasileira, sendo de responsabilidade de todas as esferas do governo cada uma assumindo uma responsabilidade, estando totalmente interligadas entre si.

No mesmo sentido Brasil (2007) indica que o SUS engloba um aglomerado de ações e serviços de competência dos órgãos públicos, estando organizado por regiões e de forma hierarquizada em todo território nacional. Não atua, dessa forma, isoladamente, mas juntamente com as demais políticas públicas de seguridade social.

Segundo o autor, o SUS é formado por um grupo de atividades e serviços de saúde gratuita de responsabilidade da gestão pública fazendo parte das políticas públicas de seguridade social que fazem parte dos direitos básicos de cidadania. Seus serviços estão divididos em níveis de complexidade do estado de doença do usuário, sendo destinado a todos que residam ou estejam em solo brasileiro cabendo à União, estados e municípios atribuições específicas neste sistema.

Teixeira (2011) afirma que este sistema é um projeto que foca nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde que busca apresentar melhorias em relação ao sistema anterior e que almeja garantir o acesso universal e a execução de bens e serviços na garantia do bem-estar de maneira equitativa e integral.

Conforme o autor, o SUS é um projeto que garante a todos os cidadãos o direito universal à saúde, a equidade tratando os desiguais de forma igual, dando a estes o acesso conforme lhe é necessário, e a integralidade, ouvindo o usuário, buscando entender a sua realidade social e desta forma, lhe prestar um atendimento conforme sua necessidade.

Brasil, Ministério da Saúde (2006) destaca que a promoção da saúde compõe-se de uma articulação transversal focando nos elementos que colocam em risco a saúde da população, respeitando suas origens e a cultura de cada um, criando-se assim meios para reduzir a vulnerabilidade a doenças, garantam a equidade e a inserção de todos nos assuntos relacionados às políticas públicas.

Nota-se que esse sistema de saúde busca organizar-se de maneira definida, com a intenção de observar todos os fatores que possam ameaçar a saúde levando em conta as características de cada povo e de cada região do país, e promovem ações que diminuam ou combatam os riscos de perigo à saúde, defendendo a justiça e a participação da sociedade nas políticas públicas.

Carvalho (2013) enfatiza que a saúde pública tratada no SUS é ampla e destina-se ao atendimento individual e o coletivo. São desenvolvidas ações que trabalhem na promoção, proteção e na recuperação da saúde e em todas as áreas que incumbidas de cuidar da saúde dos usuários através da vigilância sanitária, da saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, bem como, procedimentos como consultas, exames, urgências, internações, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros.

Observa-se que o SUS comporta uma gama abrangente e diversificada de ações que buscam a redução, o cuidado e até mesmo a eliminação dos riscos de doenças em vários campos da área da saúde, trabalhando de forma individual ou grupal e garantindo também o acesso dos usuários a procedimentos que constituem o processo curativo do estado de doença. Demonstrando objetivamente os princípios que norteiam o SUS, Brasil (2000, p.30-34) cita a:

Universalidade: A saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta.

Integralidade: Demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população.

Equidade: A necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país.

Regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde: Esse princípio está muito afeto às atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS.

Participação e o controle social: A obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde tem impulsionado a sociedade a participar dos rumos tomados pelo SUS.

Descentralização: Estabelece cooperação financiada com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas através da transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde; remuneração de serviços produzidos; celebração de convênios e instrumentos similares.

É atento a esses princípios que o SUS se desenvolve de maneira que deve abranger e desenvolver a toda a população uma saúde de qualidade na qual todos tenham acesso por igual, mediante sua necessidade específica, sob responsabilidade das esferas do governo em conjunto, mas cada qual com sua obrigação, buscando garantir o acesso e suprir as demandas e as necessidades dos usuários em todos os territórios, assim como dar voz à sociedade na participação das decisões.

Destaca-se como participantes a atenção à saúde, conforme cita Souza (2015, p.8) “as famílias e as comunidades, as unidades de atenção primária, os centros de especialidades médicas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os hospitais, as unidades de urgência e emergência, os serviços de vigilância [...]”.

A saúde, além de direcionar-se a toda a sociedade, também é composta por unidades físicas equipadas para atender os cidadãos e contempla um rol de serviços e ações desenvolvidas nas diversas áreas do setor de saúde. O sistema garante o acesso de toda a população à saúde e ao bem-estar de forma igual e justa, abrangendo todos os níveis de complexidade dos usuários, a começar pela atenção básica, que de acordo com Brasil, Ministério da Saúde (2012, p.19):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na

situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

De acordo com o mesmo autor, a atenção básica é a porta de entrada do usuário no sistema que é desenvolvido através de campanhas, acompanhamento médico de forma integral, tentando-se, assim, evitar um agravamento do problema do usuário. Podendo ser desenvolvida também de forma individual ou coletiva, sempre almejando o repasse de informações realizadas por profissionais da área da saúde a toda a população, seja ela criança, adolescente, idoso, homem ou mulher.

Já na visão de Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2009), é no cotidiano que se conhece a realidade fictícia da não existência da rede básica de saúde como porta de entrada do usuário no atendimento. Porém, ao mesmo tempo são apresentadas diversas barreiras para se adentrar ao sistema, falhando com frequência no nível de atenção antes de se ter acesso a áreas mais complexas, devido aos baixos investimentos em tecnologia que facilitem as relações entre as redes adiando a cura da saúde do usuário.

Para os autores, é no dia a dia que constata-se que não existe o fácil e ágil acesso à rede básica de saúde como consta na lei, mas sim a presença de inúmeros empecilhos para que o usuário consiga ter o acesso, onde em muitas das vezes, faltam recursos no primeiro atendimento para posteriores encaminhamentos, havendo a falha com pouco investimento em tecnologias simples e nos cuidados com a saúde do usuário.

Silva e Melo (2011) enfatizaram que no Brasil, a saúde está relacionada a interesses diferentes espelhados por projetos antagônicos. A primeira estando ligada às normas da Constituição de 1988, que garante a saúde para todos e ao Estado o dever de desenvolver este direito através de princípios que envolvem a participação da população. Já a segunda almeja conter os custos e terceirizar as ações profissionais no setor da saúde.

Para os autores, é verídico que a saúde, que deveria ser um bem social à população, vem sofrendo constantemente descasos por conta do jogo de interesses opostos com discussões e projetos contrários à sua implantação através de duas

perspectivas, uma regida pela CF de 1988, que garante a saúde para quem necessitar e ao Estado corresponde a função de fazer esse sistema funcionar e alcançar a todos. A outra perspectiva busca a redução de orçamentos e verbas destinados para a prestação do serviço.

Na concepção de Bravo (2009), na prática, o sistema de saúde encontra-se distante do que foi proposto pelo movimento sanitário, pois o SUS só está sendo utilizado pelos usuários que não podem acessar a saúde privada, dividindo em duas partes um sistema garantido pela Constituição de 1988, que deveria ser de acesso a todos e por igual, o que não ocorre na atualidade.

Entende-se que para a autora, o SUS ainda está longe de alcançar o que lhe foi determinado através das lutas com o movimento sanitário, pois este, embora bem elaborado, na prática é fragmentado ficando, a parte pobre da população dependendo do SUS com suas enormes falhas e quem pode pagar por melhores serviços dirige-se ao privado. Dessa maneira, o sistema não cumpre o que está determinado na CF de 1988. No mesmo sentido Nogueira e Sarreta (2017, p.6) destacam que:

A grande ameaça que permeia a saúde pública é a efetivação do SUS como espaço destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado, esta segmentação contradiz todos os princípios, que a duras penas, foram conquistados em 1988. O desafio atual é fortalecer novamente a luta pela efetivação do Projeto de Reforma Sanitária, recuperando os princípios e valores que constituíram o SUS.

Os autores enfatizam que o sistema de saúde poderá se tornar um ambiente para a população de classe baixa que não possuem condições suficientes de pagar por um atendimento privado e isso contrariaria os direitos adquiridos e garantidos a todos e que, com luta, foram aprovados no ano de 1988 e buscam novamente trazer para a realidade da política os objetivos da Reforma Sanitária com vista em melhorias ao SUS.

Um dos maiores problemas a ser enfrentado pelas instituições de saúde é ter que lhe dar, conforme cita Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2009, p.124), com “leitos de unidades fechadas ou, mais especificamente, leitos de CTI. Apesar de os indicadores apontarem crescimento da oferta, ainda se caracterizam como insuficientes para as necessidades apresentadas pela população”. Ou seja, os

profissionais constantemente se deparam com a falta de vagas onde possam ser acolhidos usuários para continuar o processo de recuperação. Mesmo com os índices apontando investimentos na área, não são suficientes para manter toda a população usuária do sistema.

Silva (2015) elenca a questão do atendimento, onde existem numerosas reclamações sobre os profissionais que recebem ou não prestam o devido acolhimento ao usuário de forma que se sentem desprezados e abandonados pelo sistema nas unidades de saúde.

Compreende-se que um mau atendimento, a falta de profissionais qualificados que se mostrem realmente preocupados em defender e garantir um direito da população, ainda padece na saúde, refletindo uma péssima imagem do sistema perante o usuário que se sente desamparado mediante situação de descaso.

Baptista (2007) destaca como um desafio à saúde a dificuldade de se garantir uma política universal e integral já que existe a contrariedade de dois campos com objetivos diferentes, que é a saúde pública e a medicina previdenciária, contradizendo totalmente as leis e normas estabelecidas em documentos que efetivam o acesso às ações de saúde e a quem dela necessitar. Percebe-se que a existência de dois sistemas que trabalhem com a área médica fragiliza o público e fortifica o privado, assim o primeiro que deveria assegurar a todos, se torna o mais fragmentado e sem recursos.

Assis e Jesus (2018) apontam como um desafio também da saúde a concretização de um acesso de forma igualitária a todos, visto que cada grupo ou classe da sociedade produz questões e demandas diferenciadas e que, na maioria das vezes, o poder público não se atenta a isto. Quando esses problemas são detectados, a gestão fica confusa para formular novas políticas. Portanto, para que todos tenham acesso à saúde de forma igual, é preciso que o poder público e principalmente a população estejam atentos aos projetos que são desenvolvidos e caso não abranjam a todos, que a população lute pela reformulação das políticas.

Na visão de Castro e Andrade (2014), umas das dificuldades que impedem a realização do SUS bem estruturado na prática, diz respeito aos conflitos por interesses contraditórios e às precárias condições que resultam em deficiências que refletem e limitam a atuação do profissional e principalmente nos resultados aos usuários que utilizam a política de saúde.

Ou seja, os entraves que assolam a concretização eficaz e de qualidade do sistema de saúde é resultado dos conflitos existentes de valores antagônicos que atingem os profissionais, que, por falta de estruturas físicas e materiais, exercem as suas ações de maneira fragmentada afetando os usuários que não recebem a devida atenção e nem a garantia de seu direito.

Baptista (2007) aponta ainda como negativo o sistema que, diante da lei, a saúde deve ser de acesso a todos de forma igualitária, sem distinção de classe social, raça, gênero e etc. Contudo, na realidade o que se vê é a insatisfação dos usuários que se sentem excluídos por não conseguirem ter o acesso aos recursos da saúde e que, ao se dirigirem ao privado por meio do sistema público, passam por critérios de eliminação da própria instituição.

E embora seja universal, de fato há contradições que não seguem as leis e fazem com que o sistema perca toda a sua credibilidade por se tornar fragmentado e não atender à população. Paim (2009, p.89) retrata a saúde como um:

Modelo de desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais da saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; via crucis do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos das capitais para transferência de doentes e familiares de outros municípios; [...] mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; [...]. (Grifos do autor)

Para o autor, a política de saúde vigente é vergonhosa, pois contraria totalmente os direitos garantidos em lei da população que sofre para conseguir atendimento nos postos e hospitais. Além de serem mal atendidos por profissionais sobrecarregados, há a inexistência de infraestrutura que garanta acolhimento e uma recuperação de qualidade, ou seja, um total descaso para com os usuários que deveriam ser respeitados e ter uma saúde de qualidade. Ao invés disso, a saúde está virando um produto a ser comercializado.

Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2009) apontam para a falta de vagas, considerando esta como a grande barreira que impede o acesso dos usuários aos serviços e a falta de recursos nas especialidades mais complicadas como a neurocirurgia e outras áreas. Nota-se que os autores, indicam duas dificuldades que estão interligadas entre si, ao não encontrar uma vaga para determinada especialidade justamente por não se ter investimentos nesta área e o usuário ficar a mercê dessa situação deslegitimando seu direito.

Como um dos problemas da saúde, Mendes (2013) afirma que a diminuição dos gastos federais na área da saúde, que a cada dia vem sendo diminuído, mais ainda afeta no desenvolvimento e na qualidade do sistema e que a tentativa de crescimento dessas verbas é mínima. Para que houvesse veridicamente o acesso da saúde a todos, o Ministério da Saúde teria que duplicar o orçamento.

Percebe-se que para o autor, a redução dos gastos com investimentos na saúde é um dos grandes responsáveis pelos problemas da política e que não há sequer futuros investimentos na área. Portanto, para que a saúde seja oferecida e garantida de maneira universal, conforme dita a lei, teria que ser investido o dobro do que em lei está determinado, mas que não chegam às alas hospitalares.

Outro grande fator negativo que permeia a saúde é, segundo Silva (2015), a questão da mídia, pois a mesma, na maioria das vezes, repassa a imagem de um sistema de baixa qualidade, onde não se é exposto os reais problemas, camuflando a abrangência e as proporções dos benefícios que o sistema garante, assim também, como os interesses antagônicos de grupos opostos que favorecem a privatização da saúde. Isso faz com que pouco se invista tanto nos trabalhadores como nos serviços ofertados pelo SUS.

De acordo com a autora, a mídia desfavorece o sistema de saúde público, pois apresenta com maior intensidade as falhas e os problemas e pouco explana os motivos que levam a não execução do sistema como resultado dos diferentes interesses que seguem com objetivos de privatizar o sistema e desta forma se tem a falta de recursos para futuros investimentos na área, que acabam por fragilizar o acesso e o direito do cidadão.

Embora existam diversas dificuldades para o desenvolvimento da saúde, existem avanços e pontos positivos com a implementação do SUS, conforme enfatiza CFESS (2010, p. 22) “como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e

sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros”. Através do SUS foram concedidos direitos à população de modo geral, desde o acesso de todos às atividades e ações básicas de prevenção da saúde, até a realização de procedimentos cirúrgicos de alto grau destinados a quem necessitar.

Siqueira (2013) destaca avanços no controle do tabagismo; no projeto que disponibiliza aos pacientes que são hipertensos e diabéticos um programa competente que fornece gratuitamente medicamentos genéricos através de farmácias populares; o aumento dos usuários às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em todos os níveis de complexidade; o avanço na cobertura de vacinas as crianças e os cuidados de assistência pré-natal nas UBS.

Percebe-se que são realizadas ações que buscam apresentar melhorias à população e, se desenvolvidas de maneira correta, alcançam resultados positivos como estes, tanto ao usuário como à política de saúde. No capítulo seguinte será analisada a atuação do Serviço Social na saúde enfatizando a inserção do profissional nesta área, as demandas dos usuários e os desafios enfrentados no cotidiano pelo profissional.

## **4 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

Neste capítulo será enfatizado o contexto do Serviço Social na saúde buscando abordar as ações e atribuições dos assistentes sociais neste amplo campo assim, como os avanços alcançados pela categoria e os desafios aos quais os profissionais enfrentam para conseguir pôr em prática as suas ações diante da garantia de direito à saúde da sociedade.

### **4.1 O Serviço Social na Saúde**

A área da saúde exige à categoria profissional conhecer a situação ao qual levou os usuários que procuram o sistema a adquirir e desenvolver o estado de doença. Conforme Bravo e Matos (2004) apontam, o exercício do assistente social não está ligado a subjetividade do usuário e nem defendendo o trabalho realizado por esses profissionais nas especialidades da medicina, mas na saúde que busca de forma criativa, incorporar seus conhecimentos às bases da Reforma Sanitária e ao projeto eticopolítico.

Segundo esses autores, a ação do assistente social na saúde não se limita apenas ao que cada usuário passa ou sente naquele momento e nem na defesa dos direitos desses profissionais na área médica, mas centram-se em maneiras de pôr em prática seu conhecimento às bases da Reforma Sanitária e ao projeto eticopolítico do Serviço Social. Para o assistente social desempenhar uma atuação eficiente e crítica na saúde, o mesmo, de acordo com o CFESS (2010, p.30), entre outros deverá:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária.

O CFESS determina que o profissional deverá guiar suas ações de maneira voltada a atender o usuário desburocratizando os meios a garantir este acesso à saúde, devendo-se sempre se atentar os motivos e causas que interferem nesta relação e não aceitar medidas e ações propostas pelo governo que contrariem os objetivos da Reforma Sanitária e os direitos assegurados pelo SUS à sociedade.

O assistente social que trabalha na área da saúde conforme, Santos (2012, p.27), “deve atuar, sobretudo, como vetor na promoção da saúde pública brasileira com qualidade e permitir que esta se transforme em bandeira de luta de toda a população usuária do SUS”. Isto é, o profissional executa suas ações de maneira a fomentar o direito de todo cidadão de ser atendido pelo sistema de saúde com respeito e dignidade, disseminando a informação a todos de lutarem pelo o que é seu de direito.

Costa (2009) afirma que o assistente social na saúde tem a finalidade de trabalhar com uma diversidade de ações que demonstra a competência do profissional em empenhar-se para apresentar soluções aos mais variados tipos de demandas, que chegam até o mesmo como resultado de problemas pessoais de cada usuário e do modo de organização e dos conflitos internos e externos ao sistema de saúde.

Observa-se que o propósito deste profissional na saúde é composto por um rol de afazeres e trabalhos que trazem à tona todo o seu aprendizado de forma a desenvolver sua atuação nas mais diversas situações que chegam ao profissional através das inúmeras falhas e deficiências que comprometam a prestação de uma saúde de qualidade, tanto individuais de cada instituição, como global própria do sistema em si.

No mesmo sentido, Santos (2012) contextualiza que o Serviço Social na saúde identifica e analisa os fatores que levaram ao desenvolvimento do estado de saúde da população através socialização de informações e auxilia para que seja defendida a implantação das ações da Reforma Sanitária juntamente com o código de ética que rege a profissão.

Para este autor, a saúde vinculada ao Serviço Social intervém identificando e analisando as causas que levaram o usuário ao estado de doença, expandindo as informações e ações, buscando garantir os direitos dos usuários em consonância com o que é proposto na Reforma Sanitária com o projeto eticopolítico do Serviço Social.

Segundo Bravo e Matos (2004, p.40) “a requisição para o trabalho do Serviço Social vem acontecendo a partir das lacunas geradas pela não implementação do SUS” e é através das falhas e das irregularidades de pôr em execução a garantia do direito à saúde através dos SUS à população, que é requisitado o profissional de Serviço Social para interferir mediando os conflitos que surgem.

Costa (2009) enfatiza que, devido às contradições que permeiam a execução do SUS, nascem as demandas que correspondem ao Serviço Social, pois afetam o direito da população. Sendo assim, o profissional, ao tomar conhecimento por completo da situação, intervirá através de um conjunto de mecanismos teóricos e práticos que guiará suas ações nesta política.

Nessa perspectiva, o assistente social insere-se na saúde para intervir nas falhas que existem nesta política e que impedem que o sistema seja exercido conforme determinam as leis, afetando a prestação de serviços à população usuária. Dessa forma, o profissional, através de seu conhecimento, intervém com ações que garantam o direito de maneira completa e não fragmentada.

Pinheiro (2015) destaca que esse profissional atuante na saúde tem como objetivo intervir juntos às razões econômica, social e cultural que impeçam que este usuário tenha acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde, tornando-se um profissional fundamental na equipe para o garantimento da atenção à saúde.

A autora indica que o assistente social na saúde é uma peça fundamental para a garantia de acesso a todos, pois o mesmo, intervém de maneira a trabalhar nos motivos que levaram o usuário ao estado de doença ou nas causas que podem tê-lo levado a desenvolver este estado em todos os aspectos de sua vida. Assim, o profissional atuará na perspectiva de mudar esta realidade.

Para o CFESS (2010), o assistente social, ao compor a equipe na área da saúde nas suas ações dispõe de ângulos particulares que apenas este possui de observar e interpretar os fatos que levaram ao estado de saúde de um determinado usuário e o mesmo tem a liberdade de encaminhar para as demais redes, tornando-se assim um profissional com um diferencial.

Percebe-se que o profissional, ao integrar e fazer parte da equipe na área da saúde, tem em sua visão um modo diferenciado de olhar para o problema de saúde do usuário e que após a análise realizará o devido encaminhamento para o mesmo. Isto lhe torna um profissional com destaque diferente dos demais.

Nogueira e Sarreta (2017) analisam que a prática profissional deve constituir-se de um amplo conceito sobre saúde, entendendo que ela se dá como fruto das relações sociais que afetam as pessoas e que transformam seu modo de vida. Desta forma, o profissional não atuará na cura da saúde, e sim na intervenção de maneira generalista, focalizando o usuário em sua totalidade.

Segundo os autores, para que o profissional execute sua atividade de forma correta, este deve entender que a saúde não é somente um estado de doença, mas um resultado das constantes transformações sociais que afetam cada indivíduo de forma diferente. Portanto, o profissional distancia-se de ações paramédicas e trabalha o social com uma visão ampla e total da situação.

No mesmo sentido, Mourão *et al* (2006) enfatiza que na equipe de saúde, o Serviço Social irá atuar desenvolvendo sua ação na atenção integral de forma completa, tanto individual como coletiva, trabalhando com a garantia do direito e da cidadania da população que utiliza a política, com embasamento teórico e metodológico que apontam primeiramente reflexões e logo depois as possibilidades para intervir na saúde.

Para os autores, o profissional direciona sua ação em todos os elementos que acometem ao estado de saúde do usuário, podendo este atendimento ser individualizado ou coletivizado, na busca pela ampliação deste direito através de referenciais que norteiam a profissão nesta área para que suas ações sejam executadas conforme as normas da categoria no cuidado à saúde.

CFESS (2010) afirma que os assistentes sociais na saúde devem desempenhar suas ações de forma ágil, que se sobreponha o imediatismo e a burocracia no atendimento, além de ter um conhecimento socioeducativo que desenvolva no profissional o ato de refletir para que assim haja a compreensão dos motivos em sua totalidade e a participação para buscarem melhores condições na saúde.

Percebe-se que, ao profissional cabe a responsabilidade de ir além do acolhimento mediante a situação do usuário, abandonando a burocratização e direcionando suas ações para reflexões sobre as condições sociais às quais este usuário vive e incentivando os mesmos a lutarem em defesa de uma saúde de qualidade e de forma igualitária para todos. Lanza, Campanucci e Baldow (2012, p.218) destacam que:

[...] o trabalho em saúde para o profissional do Serviço Social conjuga saberes ligados às Ciências Sociais se afastando do campo das Ciências da Saúde. Portanto, o profissional precisa aprofundar-se na ligação entre o biológico e as condições sociais.

De acordo com os autores, o assistente social que trabalha na saúde está inserido não no processo da cura da saúde do usuário, mas direciona sua atuação nas causas sociais que levaram ao desenvolvimento da doença. Dessa maneira, além da cura da doença pela equipe médica, terá um aparato social, pois o profissional de Serviço Social fará a ligação das causas e intervirá buscando transformar esta realidade.

Bravo e Matos (2004) afirmam que o projeto da Reforma Sanitária vem requerendo do assistente social que o mesmo intervenha na democratização do acesso às ações e serviços de saúde destinados aos usuários, a um atendimento de maneira que satisfaça e resolva a situação dos mesmos, desenvolvendo táticas que situem a instituição com o cotidiano profissional, interdisciplinaridade, destacando as abordagens grupais, a promoção de informações e a participação da sociedade.

Os autores apontam as principais necessidades diárias laborais do assistente social, especialmente no âmbito da saúde, tomando por base as recomendações do projeto da Reforma Sanitária, como a facilidade de atendimento às comunidades e a busca por parte das entidades de promover um acolhimento digno aos cidadãos levando em consideração suas vivências diárias.

Silva (2015) enfatiza que o acolhimento, a escuta, o vínculo e a responsabilização pelo usuário são ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde e são indispensáveis para que seja realizado um bom cuidado para com o usuário, destacando também o fato destas ações estarem teórico e metodologicamente de acordo com o Serviço Social e ligadas aos princípios e diretrizes do SUS.

Observa-se que o autor elenca quatro tipos de ações de suma importância que o profissional de Serviço Social desempenha no acolhimento aos usuários na área da saúde, estando estas atividades em conformidade com as normas da profissão e as mesmas estarem ligadas aos artigos que garantem o direito ao SUS.

Martini *et al* (2014, p.9) elenca várias ações que o profissional desenvolve neste campo, tais como “encaminhamentos para diversos setores, realização de contatos e visitas institucionais, desenvolve trabalho de articulação com a rede e

com demais setores, promoção de ações de educação em saúde [...]”. Essas atividades são direcionadas e realizadas tanto para as demandas internas de interesse da instituição, como externas, voltadas para atender aos usuários com ações fora da instituição, permitindo assim, ao profissional um olhar mais amplo.

Cabral *et al* (2017) aponta que o assistente social, além de orientar como o usuário prosseguirá na política de saúde, também direciona aos assuntos sobre previdência e assistência social, pois o período de recuperação muitas vezes requer o afastamento do seu local de trabalho por um longo tempo, afetando na renda familiar do mesmo. Observa-se que este profissional não direciona suas ações apenas no campo em que o mesmo está inserido, mas articula também com as demais redes do sistema para que o usuário, no seu processo de recuperação, não se sinta desamparado e tenha subsídios para se assegurar e se manter.

Silva (1998) revela que o Serviço Social desenvolve nesta área atividades de grupos onde são apresentadas pelos usuários experiências vividas, buscando, assim, que pessoas com diagnósticos iguais se conheçam e juntas compreendam e fortaleçam-se e que cada uma supere seus problemas. Isso facilita também ao profissional que poderá, através desta atividade, atender um número maior de pessoas e permitirá a equipe de profissionais uma melhor relação entre si sobre determinado caso.

Para a autora, este tipo de instrumental permite ao assistente social, assim também como aos demais profissionais, conhecerem os usuários de maneira espontânea através da troca de experiências entre os mesmos e o profissional desenvolve sua atividade de maneira a abordar várias pessoas ao mesmo tempo.

A saúde constitui-se de diversos programas que trabalham sempre na melhoria da saúde como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que de acordo com Dalpiaz e Stedile (2011, p.5), “têm o dever de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizar o trabalho em equipe, estabelecer a família como objeto de trabalho, e desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção à saúde”. O programa trabalha com diversos profissionais, focando no desenvolvimento da proteção da saúde das famílias a começar pela informação, buscando assim, remediar os casos de doença. O Serviço Social compõe esta equipe, que segundo Gonçalves (2011, P.191-192):

A contribuição da inserção do Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família – ESF seria estar contribuindo para atingir o objetivo principal do ESF que é o atendimento as famílias, uma vez que o assistente social irá observar o indivíduo e ou as famílias como um todo, pois não há como realizar promoção em saúde, nem educação em saúde sem estar analisando e trabalhando as questões que estão causando aquele processo de saúde-doença, pois se a pessoa tem problemas em outras áreas pertinentes às outras políticas ou não, vai resultar efeitos em sua saúde.

Segundo a autora, o assistente social insere-se neste programa com a função de conhecer de maneira completa as famílias, buscando entender as causas do problema de saúde e se inexistente a falta de políticas no âmbito social das mesmas, para que se possam ser trabalhadas e desempenhadas ações para prevenção de possíveis doenças.

O assistente social também se encontra no Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), realizando conforme Brasil (2009), ações que se destinem à promoção da cidadania, com estratégias que deem suporte e fortaleçam as demais redes envolvidas no programa e interligando os serviços sociais a outros órgãos públicos e os serviços de saúde aos territórios inscritos fortalecendo a cidadania com ações intersetoriais. Percebe-se que, ao assistente social, cabe mediar e fortalecer os vínculos entre os setores que compõem o programa desenvolvendo suas ações para o comprometimento da cidadania.

Costa (2009) destaca que no atendimento hospitalar prestado pelo assistente social, a primeira fase é a obtenção de dados realizada através de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário fornecido pelo usuário, pela família ou pelo responsável por indicação do médico ou da equipe de pronto-socorro, integrando um leque de procedimentos e regras a serem seguidos para o internamento do usuário na unidade hospitalar. O colhimento destes dados direciona-se para o lado social, onde o profissional terá um primeiro contato sobre a situação de vida do paciente e, assim, poderá acompanhá-lo em suas necessidades.

#### **4.2 Os Desafios da Prática do Serviço Social na Saúde**

O sistema de saúde, com suas enormes deficiências, é resultado dos interesses opostos. O que acaba por afetar no desempenho dos profissionais da saúde, inclusive do assistente social, que embora deva garantir direitos, também

está submetido à lógica capitalista, como afirma Castro e Andrade (2014, p.123) o “exercício profissional está marcado por um intenso desafio, pois, ao mesmo tempo que legitima a política de saúde como direito, vivencia as contradições operadas pela lógica neoliberal, que afetam diretamente o cotidiano de trabalho”.

Compreende-se que, embora o assistente social tenha sua própria autonomia no exercício de suas ações, para mediar e assegurar a saúde, como deve ser, ao usuário, a classe profissional encontra desafios devido as relações capitalistas. Onde se vê trancafiado entre os interesses divergentes da classe que detém o poder e a classe que depende desses órgãos para usufruir da política de saúde. O excesso de demandas para poucos profissionais destaca-se como um limite para a classe conforme Silva e Melo (2011, p.19) já que:

Esses limites podem ser apontados como as correlações de força entre a insuficiente oferta de serviços e a grande demanda, que revela uma descentralização de ações e serviços pela União e o Estado não acompanhada de recursos financeiros deixando a encargo de o Município implantar e financiar todos os serviços.

De acordo com os autores, um ponto negativo que pesa sobre a categoria é a divergência da quantidade de profissionais para a quantidade superior de demandas apresentadas ao mesmo, sobrecarregando-o, o que exprime uma total falta de divisões de responsabilidades e de fiscalização por parte dos órgãos públicos relacionados aos recursos repassados ao município onde o mesmo deveria investi-lo em serviços ao usuário.

Medeiros (2012) elenca que a rotina corriqueira do profissional nos centros de saúde está ligada aos excessos de ações em prol de resolver a situação do usuário, pois o quadro com poucos profissionais faz com que os mesmos excedam as horas trabalhadas semanalmente e afaste novos profissionais para o campo. Por tanto, esse fator acaba fragilizando e desmotivando a categoria e vai de contra as determinações da classe que garante também direitos ao Assistente Social.

Silva e Melo (2011) revelam como um desafio à categoria a existência de profissionais que ainda realizam ações de cunho conservador e caridoso na conjuntura hospitalar, sendo indispensável que este profissional abandone esse tipo de comportamento que já não são mais aceitos pela categoria, e sim trabalhe o exercício da garantia do acesso à saúde de qualidade. Ou seja, a categoria foca a sua atuação na luta por melhorias no sistema mesmo, que este não tenha os

recursos adequados. Porém, é preciso garantir o direito de maneira total e em longo prazo.

Com relação à questão da estrutura dos postos hospitalares, Medeiros (2012, p.64) considera “como uma dificuldade, ao limitar, de certa forma, o trabalho dos profissionais [...] por não possuir uma estrutura física e material adequada para realizar atendimentos, tendo que utilizar os espaços e materiais disponibilizados”. Isso acaba por precarizar e desmotivar o profissional no desenvolvimento do acolhimento de seu usuário, por não possuir os meios para atender e garantir o direito do mesmo.

Sanchez e Mota (2008) afirmam que o Serviço Social, por ser discernido pelos profissionais das demais áreas como um ambiente em que os problemas do usuário serão resolvidos quando não se tem mais opções, o profissional deverá diferenciar o que é de competência sua resolver, procurando intervir nas possibilidades e pretensão do usuário.

As autoras destacam que pelo fato dos demais profissionais pouco conhecerem sobre o papel do assistente social nas instituições e por acharem que os mesmos é que são responsáveis por resolverem as demandas em que não obtiveram êxito, o profissional deve se posicionar perante essas situações, desenvolvendo estratégias que disseminem em que situações o mesmo poderá intervir e assim o usuário terá seu caso resolvido.

Apresentando os entraves, Medeiros (2012, p.71) argumenta que nos “espaços de saúde em que há equipes trabalhando interdisciplinarmente, os assistentes sociais vêm demonstrando as dificuldades de compreensão por parte das equipes de saúde com relação à atribuição e competência profissional”.

A autora enfatiza que uma das grandes reclamações dos assistentes sociais nesta área é com relação às equipes com profissionais de outras áreas, que por não terem conhecimento das demandas que são de responsabilidade do Serviço Social, acabam por direcionar os usuários ao assistente social. No entanto, nem sempre o profissional responderá à demanda, por não ser de sua competência, ocasionando um desconforto no profissional e no usuário. Observa-se que apesar dos vários desafios a categoria continua a lutar a cada dia pelo reconhecimento do seu espaço sócio ocupacional e principalmente busca sempre mediar e garantir a cidadania do usuário perante a Política de Saúde.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do exposto sobre a atuação do assistente social na execução da Política de Saúde, constatou-se que a profissão no decorrer da sua história transformou seu modo de intervir nas desigualdades sociais. Sendo a saúde afetada por esse desigual acesso dos usuários, faz-se necessário e excepcional o assistente social na mediação desses conflitos existentes entre a política de saúde e os usuários, de maneira a buscar garantir o acesso e melhorias no sistema.

Pôde-se perceber que o Serviço Social, no seu contexto histórico, amadureceu e tomou formas e conteúdos distintos, diferenciando-se das demais profissões. Apresenta no seu conceito uma profissão que respeita a todos mediante condições físicas, sociais, sexuais e que luta pela garantia de direitos que dignificam o ser humano e o integram na sociedade de maneira responsável.

O SUS é um sistema importantíssimo para a população, pois o mesmo além de ser composto por um rol de ações, projetos, programas e profissionais nas mais diversas áreas que compõem a saúde, também se direciona a atender a todas as regiões do país. O problema encontra-se na falta de compromisso das esferas do governo que diminuem as verbas destinadas ao aprimoramento do sistema, afetando a população usuária, que, infelizmente, depende de um sistema cada dia mais sucateado, assim como atinge os profissionais pela falta de reconhecimento e valorização de seu trabalho que acabam por também descontarem nos usuários com ações que não condizem a sua ética profissional, fragilizando o SUS na prática.

É preciso que a comunidade usuária em união com os profissionais da área acompanhem e participem das decisões, de maneira a influenciarem com questionamentos e opiniões que apontem mudanças para aprimorar o sistema público de saúde para toda a população.

Percebe-se que o assistente social é essencial na equipe de saúde, pois através do seu olhar crítico e ampliado, desvenda a realidade do usuário por trás de seu estado de doença, se é algo que está relacionado ao seu convívio social ou familiar, acompanhando-o em seu processo de saúde, através de instrumentais que garantam uma eficácia melhor no seu atendimento e intervém de maneira a desburocratizar o acesso desse usuário na saúde.

Dessa maneira, o assistente social é uma peça chave que media a relação do usuário com a instituição e com as demais redes que compõem o sistema,

mesmo diante dos conflitos e dos empecilhos que o mesmo encontra, este busca garantir um direito resguardado em lei.

Conclui-se que os objetivos com relação à pesquisa foram alcançados, visto que se pôde compreender a importância que o assistente social tem ao compor uma equipe de saúde, que em meio às dificuldades e impasses que lhes são apresentados no dia a dia, ainda apontam resultados satisfatórios aos usuários que buscam neste profissional o apoio e a valorização como pessoas e a garantia de uma política destinados a elas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Simone de Paula. **Possibilidades de inserção de usuários em políticas públicas de forma segura: a experiência dos provitas estaduais na articulação com as políticas de saúde e assistência social.** Disponível em: <https://encontroprogramadeprotecao.files.wordpress.com/2011/11/possibilidades-de-inserc3a7c3a3o-de-usuc3a1rio-em-polc3adticas-pc3bablicas-de-forma-segura-a-experic3aancia-dos-provitas-estaduais-na-articulac3a7c3a3o-com-as-polc3adticas-de-sa.pdf> Acesso em: 29 de Janeiro de 2018

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf> Acesso em: 16 de Março de 2018

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: [http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros\\_BA/Documentos%20para%20Consulta/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS.pdf](http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS.pdf) Acesso em: 11 DE MARÇO DE 2018

BARROCO, Maria L. TERRA, Sylvia H. **CFESS (Org.) Código de Ética do/a Assistente Social: comentado.** São Paulo: Cortez, 2012

BARROS, Fernando Passos Cupertino. SOUSA, Maria Fátima de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf> Acesso em: 03 de Abril de 2018

BASÍLIO, Daniel Silva; CAPUTI, Lesliane. **Serviço Social e Marxismo: perspectivas de uma nova ordem societária.** Disponível em: <http://seminariomarx.com.br/eixo10/Servi%C3%A7o%20Social%20e%20Marxismo.pdf>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2018

BOCCATO, V. R. C. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação.** Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf) Acesso em: 03 de Abril de 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf) Acesso em: 16 de Novembro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27) Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf) Acesso em: 06 de Abril de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 17 de maio de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_11\\_2013\\_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf) Acesso em: 23 de Janeiro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/ Ministério da Saúde, Secretária Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf) Acesso em: 20 de Novembro de 2016

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acesso em: 24 de Fevereiro de 2018

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) Acesso em: 24 de Fevereiro de 2018

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurilio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético-político**. IN: VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. P. 25-47.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no brasil**. IN: MOTA, Ana Elizabeth; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2009

BULLA, Leonia Capaverde. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. Disponível em:

[http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8020/2/Relacoes\\_Sociais\\_e\\_Questao\\_Social\\_na\\_Trajectoria\\_Historica\\_do\\_Servico\\_Social.pdf](http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8020/2/Relacoes_Sociais_e_Questao_Social_na_Trajectoria_Historica_do_Servico_Social.pdf). Acesso em: 22 de Agosto de 2017

CABRAL, Sheylla Beatriz; CAMARGO, Marisa; DAROSCI, Manuela; MARQUES, Aline Aparecida. SILVEIRA, Scheila Rodrigues. **O serviço social na alta complexidade em saúde: reflexões sobre a ação profissional.** Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180207/101\\_00527.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180207/101_00527.pdf?sequence=1) Acesso em: 18 de março de 2018

CARDOSO, Maria de Fátima Matos; ROSA, Lara Terezinha Rodrigues. **Serviço Social e Questão Social.** Disponível em: [http://www.unipvirtual.com.br/material/2011/bacharelado/servsoc\\_quest\\_social/unid\\_1.pdf](http://www.unipvirtual.com.br/material/2011/bacharelado/servsoc_quest_social/unid_1.pdf). Acesso em: 21 de Fevereiro de 2017

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2018

CASTRO, Jamile Silva de Oliveira; ANDRADE, Laurinete Sales de. **Serviço social e o sus: desafios na prática do assistente social.** Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GFkDbdZ-vjsJ:https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634923/2812+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 03 de Dezembro de 2017

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) Acesso em: 25 de Março de 2018

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle social na saúde.** IN: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2009. P.111-138.

COSTA, Francilene Soares de Medeiros. **Instrumentalidade do serviço social: dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional.** Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17873/1/FrancileneSMC.pdf> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2017

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) *Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional* 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. **Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas.** Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRAT](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRAT)

EGIA\_SAUDE\_DA\_FAMILIA\_REFLEXAO\_SOBRE\_ALGUMAS\_DE\_SUAS\_PREMIS  
SAS.pdf Acesso em: 23 de Janeiro de 2018

ESTEVIÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social**. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/16914465/livro-o-que-e-servico-social--ana-maria-ramos-estevao---colegao-primeiros-passo>. Acesso em: 22 de Fevereiro de 2017

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005

FONSECA, Fernanda Fonseca da. **O processo de trabalho dos(as) assistentes sociais nos conselhos de assistência social: ajustamentos e possibilidades**. Disponível em: <http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/13/1/Fernanda%20%20Fonseca.pdf> Acesso em: 24 de Fevereiro de 2017

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf> Acesso em: 14 de Março de 2018

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 11 de Junho de 2017

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Disponível em: [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf) Acesso em: 12 de Junho de 2017

GOMES, Nilvania Alves. **Serviço social e interdisciplinaridade: confluências e desafios**. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/b0/b05174b2-f299-4679-8d9a-70cdd43580ed.pdf> Acesso em: 28 de Março de 2018

GONÇALVES, Mariane Michele Leandro. **A inserção do serviço social na estratégia de saúde da família – esf**. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/viewFile/243/338> Acesso em: 07 de Janeiro de 2018

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Disponível em: <http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf> Acesso em: 25 de Maio de 2017

IAMAMOTO, Marilda Villela. **80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010166282017000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282017000100013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 de Fevereiro de 2017

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 36 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

KOKRDA, Diana Alves de Rezende. **O trabalho do/a assistente social na saúde pública em goiânia e o projeto ético-político profissional.** Disponível em: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/15/file/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DIANA.pdf> Acesso em: 29 de Janeiro de 2018

KOSMANN, Cilene. **Serviço social no judiciário: a utilização de procedimentos profissionais e processuais como garantia de acesso à justiça.** Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp012154.pdf> Acesso em: 15 de Fevereiro de 2017

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/06.pdf> Acesso em: 06 de Fevereiro de 2018

LAVORATTI, Cleide. **Instrumentais técnico-operativos no serviço social um debate necessário.** Disponível em: <http://www.uepg.br/proex/Documents/Ebooks/INSTRUMENTAIS%20TECNICO-OPERATIVOS%20NO%20SERVICO%20SOCIAL.pdf> Acesso em: 18 de Janeiro de 2018

LEITE, Ariana Célis; CARVALHO, Lívia Hernandes de; MARINHO, Lívia Moura; LIMA, Thiago Agenor dos Santos de. **Os fundamentos teórico-metodológicos do serviço social no século xxi.** Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2014/downloads/2014/Os%20Fundamentos%20Te%C3%B3rico-Metodol%C3%B3gicos%20Do%20Servi%C3%A7o%20Social%20No%20S%C3%A9culo%20Xxi.pdf> Acesso em: 20 de Novembro de 2016

LEMOS, Amanda dos Santos; FACEIRA, Lobella da Silva. **A Importância da Produção de Conhecimento na Formação Profissional do Assistente Social.** Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/069.pdf> ACESSO EM: 16 de Fevereiro de 2018

LOPES, Luciana Helena Mariano. **Serviço Social: Surgimento e Institucionalização no Brasil.** Disponível em: [http://unipvirtual.com.br/material/2011/bacharelado/servsoc\\_surg\\_inst\\_brasil/unid\\_1.pdf](http://unipvirtual.com.br/material/2011/bacharelado/servsoc_surg_inst_brasil/unid_1.pdf). Acesso em: 20 de Fevereiro de 2017

MACEDO, Mirtes de Aguiar. **Reconceituação do Serviço Social: formulações teóricas.** São Paulo: Cortez, 1986, p.25

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINI, Débora; SOUZA, Aline Marisa de; ABREU, Deivid de; ABREU, Francielle Seemann; CUNHA, Gisele; GAUSSMANN, Keila Cristine Arimura; MARIANO, Leandra Martinha; COSTA, Vinicia da; ESÉBIO, Vileide Sabrina; ROSA, Wania Westphal. **A inserção do assistente social na área da saúde: uma reflexão sobre o município de Florianópolis**. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 11 de Março de 2018

MARTINS, Érika Alves. **A ofensiva neoconservadora no serviço social contemporâneo: recomposição de velhos dilemas**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/erika.pdf>. Acesso em: 21 de Fevereiro de 2017

MARTINS, Flavia Bahia. **O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo**. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp077034.pdf> Acesso em: 03 de Abril de 2018

MEDEIROS, Larissa. **O serviço social no nasf: demandas, respostas e desafios profissionais**. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103590/TCC%20-%20Larissa%20Medeiros.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 11 de Março de 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf> Acesso em: 13 de Março de 2018

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. In: DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> Acesso em: 18 de Setembro de 2017

MIOTO, Regina Tamasso. LIMA; Telma Cristiane Sasso de. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo**. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25866306.pdf> Acesso em: 14 e Abril de 2017

MOURÃO, A. M. A. et al. **A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social**

**da Universidade Federal de Juiz de Fora.** In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 352-380.

NETO, José Francisco de Melo. **Dialética: Uma visão Marxista.** Disponível em: [http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao\\_academica/livros/pa\\_l\\_dialetica\\_um\\_a\\_introducao.pdf](http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/livros/pa_l_dialetica_um_a_introducao.pdf) Acesso em: 20 de Setembro de 2017

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011

NETTO, José Paulo. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. N. 84. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Danielle de; SARRETA, Fernanda de Oliveira. **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais.** Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf> Acesso em: 03 de Dezembro de 2017

OLIVEIRA, Rayanne Danielle Costa Cardoso de. **O sigilo profissional dos assistentes sociais: Um estudo dos Códigos de Ética e da concepção de profissionais.** Disponível em: <http://www.puro.uff.br/tcc/2011-2/rayane%20-%20completo.pdf> Acesso em: 08 de Abril de 2017

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 4. ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica.** Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> Acesso em: 23 de Janeiro de 2018

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/mariacristina.pdf>. Acesso em: 10 de Novembro de 2016

PIANA, Maria Cristina. **O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas.** Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2018

PINHEIRO, Ellana Barros. **Serviço social e saúde: aspectos da intervenção profissional.** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-profissional-.pdf> Acesso em: 29 de Janeiro de 2018

PINHEIRO, Lessi Inês Farias; DIAS, Gilmara Oliveira. **Questão social: um conceito revisitado.** Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/cccss/03/fpod.pdf>. Acesso em: 21 de Fevereiro de 2017

PINHO, Adelmo; CECILIO, Lenise Patrocínio Pires; NEIRA, Marcelo Sorrentino DIAS, Dório Sampaio; SEVERIANO, Fabiano Pavan; BURGUETTI, Fernando César. **Manual básico de saúde pública um guia prático para conhecer e garantir seus**

**direitos.** Disponível em:  
[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual\\_basico\\_saude\\_publica.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual_basico_saude_publica.pdf)  
 Acesso em: 29 de Novembro de 2016

RAVAGNANI, CARMEM LÚCIA CRUZ. **A saúde na formação profissional em serviço social.** Disponível em:  
[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98517/ravagnani\\_clc\\_me\\_fran.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98517/ravagnani_clc_me_fran.pdf?sequence=1)  
 Acesso em: 11 de Dezembro de 2017

RIBEIRO, Cristine Jaques. **Problematizando o instrumento visita domiciliar.** Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/346/304>  
 Acesso em: 22 de Fevereiro de 2018

SANCHEZ, Maria Angélica dos Santos. MOTA, Gabriela Maia da Silva. **A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla.** Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v12n1/1981-2256-rbgg-12-01-00025.pdf>  
 Acesso em: 22 de Fevereiro de 2018

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **A dimensão técnico-operativa no serviço social.** Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>  
 Acesso em: 25 de outubro de 2017

SANTOS, Darcy Francisco Carvalho dos. **A Previdência Social no Brasil: 1923-2008 Uma visão econômica.** Disponível em:  
<http://www.darcyfrancisco.com/arquivos/Livroprev>  
 Acesso em: 25 de Maio de 2017

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”: particularidades no Brasil.** 1º ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Luzianne dos; SILVA, Rony Rei do Nascimento; SANTOS, Laísa Dias. **A prática do assistente social e a importância dos instrumentos técnicos-operativos.** Disponível em: [http://educonse.com.br/2012/eixo\\_19/PDF/33.pdf](http://educonse.com.br/2012/eixo_19/PDF/33.pdf)  
 Acesso em: 20 de Março de 2018

SANTOS, Maria Conceição Barbosa dos. **Assistentes sociais na saúde: dilemas e desafios na construção de práticas críticas e reflexivas no HCI/INCA.** Disponível em:  
[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/8728/2/Maria\\_Concei%C3%A7%C3%A3o\\_Santos\\_EPSJV\\_Mestrado\\_2012.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/8728/2/Maria_Concei%C3%A7%C3%A3o_Santos_EPSJV_Mestrado_2012.pdf)  
 Acesso em: 13 de Abril de 2017

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>  
 Acesso em: 25 de Novembro de 2016

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Alaide Mª Morita Fernandes da. **O trabalho do assistente social no contexto do SUS: um olhar na perspectiva do cuidado em saúde.** Disponível em:

[http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4\\_2\\_o\\_trabalho\\_saude.pdf](http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_2_o_trabalho_saude.pdf) Acesso em: 16 de Setembro de 2017

SILVA, Maria Geusina da. MELO, Flavio Fidélis de. **Serviço social e saúde: exigências e desafios para a ação profissional no âmbito hospitalar em região de fronteira.** Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/19.pdf> Acesso em: 28 de Março de 2018

SILVA, Maria Izabel da. **A organização política do serviço social no Brasil: de “vargas” a “lula”.** Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/113/143> Acesso em: 14 de Abril de 2017

SILVA, Marlise Vinagre. **Código de ética profissional dos assistentes sociais aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções cfess n.º 290/94 e 293/94.** Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf) Acesso em: 27 de Novembro de 2016

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **O serviço social no contexto hospitalar.** Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/104502/O%20servi%C3%A7o%20social%20no%20contexto%20hospitalar.pdf?sequence=1> Acesso em: 23 de Janeiro de 2018

SILVA, Sheila Cristini Mineiro da. **O serviço social em questão: elementos para uma melhor compreensão do Serviço Social e do fazer profissional.** Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285892.PDF> Acesso em: 24 de Novembro de 2016

SIQUEIRA, José Eduardo de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/25\\_anos\\_sus\\_ha\\_comemorar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/25_anos_sus_ha_comemorar.pdf) Acesso em: 12 de Abril de 2018

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/viewFile/119/117> Acesso em: 22 de Fevereiro de 2018

SOUZA, Anyelle Rodrigues Pelegrino de. SOUZA, Mariza Borges de. **Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde.** Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf> Acesso em: 01 de Abril de 2018

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O sus, hoje: como preservar as conquistas e vencer os desafios? Uma contribuição ao debate.** Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/06/Luis\\_Eugenio\\_Simposio\\_Nacional\\_Saude\\_JUN2015.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/06/Luis_Eugenio_Simposio_Nacional_Saude_JUN2015.pdf) Acesso em: 20 de Março de 2018

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf) Acesso em: 29 de Janeiro de 2018

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde.** Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) Acesso em: 17 de Novembro de 2016

VALIENTE, Uris Francisca Ruiz. **O Registro e a Sistematização da Prática do Serviço Social no Âmbito Social no Âmbito Hospitalar.** Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial291283.pdf> Acesso em: 26 de Fevereiro de 2018

VARANDAS, Fernanda dos Santos. **Análise da direção ético política do assistente social na perspectiva do projeto hegemônico profissional.** Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/fernandasantos.pdf> Acesso em: 07 de Abril de 2017

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho.** In: ROBERT, Castel; WANDERLEY, Mariangela Belfiore. **Desigualdade e a Questão Social.** 3<sup>o</sup> ed.rev. e ampliada, São Paulo: EDUC, 2011.