

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ÂNGELA CRISTINA DA CRUZ

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO DISTRITO
SANITÁRIO. GOIÂNIA- GOIÁS - 2020**

GOIÂNIA

2021

ÂNGELA CRISTINA DA CRUZ

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO DISTRITO
SANITÁRIO. GOIÂNIA- GOIÁS - 2020**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Margot Riemann Costa e Silva

GOIÂNIA

2021

ÂNGELA CRISTINA DA CRUZ

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO DISTRITO
SANITÁRIO. GOIÂNIA- GOIÁS - 2020**

Monografia defendida no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.
Aprovada em pela seguinte Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Margot Riemann Costa e Silva
Orientadora – PUC/ Goiás

Prof.^a Ma. Maria Ciurinha Pereira dos Santos
Membro Banca Avaliadora – PUC/Goiás

Prof.^a Ma. Vera Lucia Santos
Membro Banca Avaliadora – PUC/Goiás

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela vida e oportunidades ao longo da minha história, pelos milagres diários. À Instituição, seu corpo docente pela oportunidade que hoje vislumbro. À minha orientadora, Margot Riemann Costa e Silva, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas correções, meus eternos agradecimentos. Obrigada a minha mãe Tereza Maria e ao meu pai José Belmiro, aos meus filhos Fabrício e Ana Luísa que sempre me apoiaram e estimularam, em especial o meu muito obrigada ao meu sobrinho Marco Aurélio pelas valiosas contribuições nesse processo de formação. A todos que contribuíram para que eu chegasse até aqui, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A presente monografia tem como objeto de análise o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde pública em Goiânia, especificamente nos Distritos Sanitários de Saúde (DSS). A pesquisa aborda a importância do processo de descentralização da saúde ocorrida por meio de mecanismos legais que promoveram a ampliação do atendimento à saúde a partir da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 e a respectiva Reforma Sanitária. A descentralização repercutiu na criação dos DSS em Goiânia, que acabaram por se constituir importantes centros administrativos e de controle, oferecendo suporte e gerenciando de forma mais próxima as unidades de saúde existentes em sua área de abrangência. Busca-se como objetivo geral fazer análise da saúde pública em Goiânia, especificamente do Serviço Social no Distrito Sanitário. Para realização do estudo, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas. A conclusão central é quanto à necessária ampliação da luta de toda a sociedade em defesa do SUS.

Palavras-chave: Saúde. Descentralização. Distrito Sanitário Norte.12 Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

CAIS: Centro de Assistência integral à Saúde
CAPS: Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES: Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CF: Constituição Federal
CFESS: Conselho Federal de Serviço Social
CIAMS: Centro Integral de Assistência Médica Sanitária
CNS: Conferência Nacional de Saúde
CRASPI: Centro de Referência a Pessoa Idosa
CRDT: Centro de Referência de Diagnóstico e Terapêutica
CRESS: Conselho Regional de Serviço Social
CROF: Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia
DAS: Diretoria de Atenção à Saúde
DS: Distritos Sanitários
IAPS: Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS: Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Assistência Social
LOS: Lei Orgânica da Saúde
MBS: Movimento de Reforma Sanitária
NOAS: Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB: Normas Operacionais Básicas
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

SUMÁRIO	7
1 INTRODUÇÃO	10
2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	13
2.1 As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil	13
2.2 O fim da Era Vargas e o advento da ditadura militar no Brasil	16
2.3 A reforma sanitária brasileira e sua importância	18
3 A CONSTITUIÇÃO DE 1988, A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUS.	22
3.1 Constituição Federal e Seguridade Social	22
3.2 Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na saúde	27
4 A DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE	32
4.1 Descentralização: conceituação e normativos	32
4.2 A criação dos Distritos Sanitários de Saúde em Goiânia	34
4.3 A atuação do Assistente Social no Distrito Sanitário	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Os desafios da gestão em serviços públicos de saúde têm sido alvo de discussões nesses últimos anos, especialmente com a gestão da saúde delegada aos municípios, conforme prevê o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Uma das dificuldades que permeiam essas discussões é a gestão de recursos humanos nos serviços de saúde. A produção dos serviços de saúde depende não só de recursos materiais e tecnológicos, como também de profissionais devidamente qualificados para transformar insumos em resultados. Este trabalho de pesquisa foi motivado a partir da observação da atuação do assistente social nos Distritos Sanitários de Saúde, pois este profissional tem uma função, uma atuação, que compreende toda a realização de um complexo sistema de acolhimento e atendimento.

A construção de um novo modelo de atenção à saúde, que atenda a demanda crescente de usuários, vem exigindo o cumprimento dos princípios do SUS de descentralização das funções governamentais e rede de serviços implantada. As Normas Operacionais Básicas da Saúde – NOB editadas durante a década de 90 e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS editadas em 2001 e 2002, constituem-se em documentos fundamentais na concretização da descentralização por induzir a assunção da gestão pelos municípios.

Assim, a expansão da Rede de Atenção à Saúde, impulsionada pelo aumento da demanda dos serviços de saúde, criou a necessidade de transferência do processo de decisão para níveis periféricos da cidade. Na perspectiva de descentralização política, técnica e administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu o município de Goiânia em regiões denominadas Distritos Sanitários – DS. Na época da implantação foram criados nove Distritos Sanitários que passaram a ser sete a partir de 2010, após a reforma administrativa municipal.

A construção desse modelo descentralizado deve ter como base a compreensão do processo saúde-doença da região e dos determinantes das condições de saúde e doenças existentes, uma vez que os Distritos Sanitários representam uma importante ferramenta de disseminação da saúde para a população mais carente.

Os Distritos Sanitários têm contribuído para o enfrentamento da pandemia do COVID-19, que assolou o mundo em 2020. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi notificada quanto a casos de pneumonia em Wuhan, na província de Hubei, na República Popular da China. Semana posterior a este alerta o governo chinês confirmou ser uma cepa ainda não identificada, até aquele momento tinha-

se registros de seis cepas de coronavírus entre os humanos sendo: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV e MERS-COV, e para estas a população mundial contava com conhecimento preventivo e vacinas.

Em 11 de fevereiro de 2020, a nova cepa identificada foi nomeada SARS-CoV-2, conhecida popularmente por COVID-19, por se tratar de uma cepa nova e de alta propagação em 11 de março de 2020, levou a OMS a declarar estado de alerta por se tratar de uma pandemia. Desde então o mundo tem enfrentado uma crise sanitária que revelou que condutas políticas dos governantes contribuem a favor ou desfavor do enfrentamento a pandemia, aqui no Brasil, pode-se perceber o insucesso da conduta ao enfrentamento nos noticiários, ao pontuar o número de infectados, a falta de recursos e número de mortos. Portanto, tais eventos mostram a necessidade de defesa, manutenção, e renovação de políticas públicas e do SUS.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica e documental, artigos científicos que abordam a temática. No processo buscou-se responder a seguinte problemática: Qual a importância da atuação do Assistente Social nos Distritos Sanitários? Análise da saúde pública em Goiânia especificamente o Serviço Social no Distrito Sanitário. Como objetivos específicos busca-se pontuar o contexto histórico do SUS, como segundo objetivo específico o diagnóstico da atuação dos Assistentes Sociais, e por fim desenvolver sobre as atividades nos Distritos Sanitários.

Nesse sentido, apresentaremos no primeiro capítulo a evolução histórica dos da saúde no Brasil, abordando desde o período da Era Vargas com a implementação das primeiras políticas públicas de saúde, passando pelo período da ditadura militar, a reforma sanitária da saúde com as profundas reformulações na prestação de serviços de saúde públicos.

No segundo capítulo apresentaremos a consolidação do direito à saúde e à seguridade social a serem oferecidos à população, ambos concretizados pela Constituição da República Federativa do Brasil, a chamada “constituição cidadã”, criando-se, então, de forma imediata o SUS como forma de melhor gestão, implementação e controle dos serviços de saúde que passam a ser direito da população.

No terceiro capítulo demonstra-se esse processo de descentralização e a respectiva criação dos distritos como centros administrativos de gestão, oriundos da necessidade dos municípios de se organizarem e acompanharem de maneira mais próxima os serviços da saúde que são de sua competência.

Não obstante, no quarto e último capítulo abordaremos a atuação dos Assistentes Sociais nesse contexto de uma administração descentralizada, sobretudo nos Distritos Sanitários, demonstrando suas competências definidas em lei como também as atividades exercidas de forma prática, as dificuldades dos servidores e principalmente os avanços que fizeram do Serviço Social um importante mecanismo na busca e na confirmação de direito dos cidadãos.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social experimentou um processo de renovação profunda, ao mesmo tempo em que a saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde, SUS, se legitimava como direito universal de responsabilidade do Estado. Nesse contexto, o Serviço Social se desenvolveu teórica e praticamente, laicizou-se e se modificou. Na entrada dos anos 1990, apresentou-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente.

Neste sentido, as políticas sociais – saúde, assistência social, educação, previdência, habitação e outras – possibilitam a intervenção do assistente social nos processos que dizem respeito à reprodução social da vida cotidiana de milhares de cidadãos que vivem em situação de desemprego, pobreza, exclusão, de frágil ou nulo acesso às políticas públicas, sofrendo negligência, exploração sexual, abandono, dependência química, fragilidade ou perda de vínculos relacionais e de pertencimento, preconceito, entre outras.

É importante salientar que o projeto profissional do Serviço Social converge para as lutas gerais da sociedade brasileira, particularmente, com o Movimento da Reforma Sanitária, com atuação decisiva na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), filiando-se à defesa da universalização das políticas sociais, à garantia dos direitos sociais.

Entretanto, para entender melhor o panorama atual da saúde pública no Brasil e a atuação prática dos assistentes sociais no âmbito da saúde, sobretudo, sob a perspectiva dos Distritos Sanitários de Saúde é necessário fazermos uma retomada histórica, apresentando os avanços da saúde pública no Brasil, a começar da década de 1930 com as consideráveis conquistas de direitos sociais, até a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual preconizava o direito à saúde pública e gratuita como direito essencial do cidadão.

2.1 As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil

A década de 1930 no Brasil pode ser considerada histórica em virtude dos relevantes avanços de urbanização e ampliação da intervenção do Estado no setor da saúde no âmbito nacional brasileiro (BRAVO, 2009).

No entanto, visando a melhor compreensão do desenvolvimento e construção da política de saúde brasileira, é importante resgatar historicamente aspectos sociais, políticos e econômicos até a política de saúde ganhar os contornos que possui atualmente.

O período de 1930 marca o início da Era Vargas, na qual após a Revolução de 1930, Getúlio Dornelles Vargas assume o poder colocando fim à República Velha, caracterizado pela democratização política do Brasil e sua estabilização econômica.

Essa década no Brasil também foi reflexo da grave crise de 1929, afetando severamente a economia mundial com uma forte recessão econômica, marcando a decadência do liberalismo econômico. A partir dessa data ganha força a ideia do Estado interventor, pois a economia e a política nacional encontrava-se envolvida em uma séria crise, acompanhando a estagnação do mercado mundial (FAUSTO, 1996).

Assim, a Era Vargas consistia na participação do Estado na vida social e econômica dos indivíduos de modo que o Estado pudesse oportunizar para todos os cidadãos a prestação de serviços públicos como saúde, previdência social e educação. Esse período ficou marcado por importantes avanços para a classe trabalhadora que na luta por seus direitos avançaram significativamente como, por exemplo, passando a ter o direito de organizarem-se em sindicatos (BARCELOS, DUARTE, 2020).

Dessa forma, apesar das críticas existentes, o governo de Getúlio Vargas ficou marcado como um governo capaz de conter as crises e as tensões advindas de setores importantes da sociedade como a classe trabalhadora e o campesinato.

Não obstante, com a forte industrialização e o intenso crescimento urbano, a massa trabalhadora não encontrou nos centros urbanos, a estrutura necessária para sua subsistência, culminando na exposição desta significativa parcela da população à condições precárias de vida, higiene, saúde e habitação, temas estes que logo passaram a ser objetos de novos debates e reivindicações populares.

A saúde passou, assim, a ser uma questão política, alvo da intervenção estatal no sentido de garantir a reprodução da força de trabalho tão necessária ao desenvolvimento do capital (BRAVO, 2006). Ainda sob a direção de Vargas, foi a partir de 1930 que ocorreu a introdução das políticas sociais no Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), instituindo uma gama de benefícios trabalhistas por meio da regulamentação do trabalho, ao mesmo tempo em que as reivindicações do movimento operário eram enfrentadas de forma coercitiva.

O governo Vargas enfrentou o movimento operário nascente, sendo capaz de combinar essa atitude com uma forte iniciativa política. Com isso, houve a regulamentação das relações de trabalho no país, transformando a luta de classes em colaboração de classes, bem como o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Tais regulamentações deram origem ao Ministério do Trabalho, em 1930, e em 1932, a Carteira de Trabalho passou a ser o instrumento da cidadania no Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Nesse período, apenas aquele que possuía trabalho formal de carteira assinada detinha direitos como acesso à previdência e à saúde, em detrimento da maioria da população.

A Carteira de Trabalho era como um passaporte para a “cidadania”. É também nessa linha de atuação que a Política de Saúde se desenvolve. O modelo de assistência à saúde que prevalecia até então era baseado nas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs criadas em 1923 pelo Decreto de Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, conhecido como Lei Eloy Chaves.

As CAPs eram privadas, de responsabilidade das empresas, que dispunham de completa autonomia na administração dos recursos arrecadados. Inicialmente, foram direcionadas para os empregados das empresas ferroviárias, estendendo-se mais tarde para os marítimos e estivadores (BRAVO, 2006).

Seu financiamento era baseado no modelo contributivo, no qual participavam a União, as empresas e os empregados (BRAVO, 2006). Dentre os benefícios oferecidos, estavam as aposentadorias por invalidez, a aposentadoria ordinária, a pensão por morte, a assistência médica-curativa, o fornecimento de medicamentos, dentre outros (BRAVO, MATOS, 2006).

Assim, podemos perceber que a assistência à saúde neste período estava intrinsecamente ligada à inserção no mercado formal de trabalho, restando à parcela da população, que não se encaixava neste perfil, a assistência por parte de entidades beneficentes, filantrópicas e da incipiente iniciativa privada.

A atuação do Estado na saúde só ocorria nos casos emergenciais, a exemplo de quando as epidemias se alastravam pelas cidades. Havia, por parte da classe trabalhadora organizada, grande demanda por proteção social, mas ainda não havia a compreensão de que os riscos sociais deveriam ser cobertos por meio da intervenção estatal (CFESS, 2009).

Sendo assim, o Estado só passa a intervir mais significativamente na saúde a partir de 1930, através da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Segundo Bravo e Matos (2006), a saúde, neste contexto, estava organizada em duas linhas de atuação: 1) a saúde pública e 2) a medicina previdenciária, que ao contrário da saúde pública de caráter preventivo e assistencial, estava centrada no hospital e na atenção de caráter curativo.

A saúde pública estava voltada basicamente para campanhas sanitárias de combate a doenças endêmicas, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde,

criado em 1937; enquanto a medicina previdenciária estava ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e possuía caráter basicamente reparativo e curativo (CFESS, 2009).

Os IAPs foram fundados em 1933 com o objetivo de unificar e extinguir as CAPs, que se apresentavam como sistemas fragmentados na medida em que inexisteriam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo (FINKELMAN, 2002). Tais institutos eram organizados a partir das categorias dos trabalhadores e mantinham a lógica contributiva tripartite, não uniforme do seguro.

Os IAPs contavam com a participação dos trabalhadores na gestão, o que favoreceu a cooptação de muitos líderes sindicais. O modelo previdenciário adotado entre os anos 30 e 45 possuía, segundo Bravo e Matos (2006), orientação contencionista, pois tinha em vista mais a acumulação da contribuição dos trabalhadores do que a ampliação e prestação dos serviços. Neste período, existia uma íntima ligação da saúde à previdência social, tendo seu financiamento praticamente reduzido às contribuições dos trabalhadores. É importante ressaltar também o desenvolvimento da assistência privada e filantrópica à saúde, principalmente ligadas ao atendimento médico-hospitalar (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

2.2 O fim da Era Vargas e o advento da ditadura militar no Brasil

Em 1945, com o fim da ditadura Vargas, tinha-se um país com uma expressiva indústria de base, urbanizado e com uma classe trabalhadora organizada detentora de uma significativa agenda de reivindicações (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Os conflitos entre capital e trabalho ganhavam efervescência, assim como a disputa de projetos sociais antagônicos. Neste contexto, foram lançadas as bases da Política Nacional de Saúde, as quais ganharam forma e se solidificaram ao longo das décadas seguintes. O período compreendido entre os anos de 1946 a 1964 caracterizou-se por grande instabilidade política, com forte alternância de líderes políticos, os quais, por distintos motivos, foram obrigados (ou não) a deixar o poder (BARCELOS, DUARTE, 2020).

Em 1946, durante o governo do General Gaspar Dutra, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil, considerada a mais democrática até então, porém por medidas do Tribunal Superior Eleitoral – TSE, o Partido Comunista Brasileiro foi considerado ilegítimo. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

No campo da saúde, o plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia) representou a tentativa de estímulo, incentivo ao investimento e aprimoramento desses

setores da sociedade, mas não alcançou seu objetivo, não sendo implementado (BRAVO, MATOS, 2006). Desta forma, em linhas gerais, foram poucas as alterações na política de saúde durante este período. A saúde previdenciária continuava ligada exclusivamente aos IAPs. Tem-se ainda, em 1953 a separação entre o Ministério da Saúde e da Educação sem mudanças significativas, mas com o objetivo de fortalecer as ações de saúde pública.

A fase democrática no Brasil não durou muito tempo. Durante o governo de João Goulart, em 1964, um golpe de Estado pôs fim ao período democrático, instaurado a partir de 1946, e deflagrou o Regime Militar no Brasil, que perdurou por vinte anos. Na área de saúde, durante a ditadura militar, a medicina previdenciária¹ cresceu, enquanto a saúde pública entrou em declínio (BRAVO, 2011).

As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor privado, passando a ser entendida como responsabilidade do Estado e como direito do cidadão, em período posterior (CFESS, 2009).

Além disso, houve uma forte tendência à medicalização da saúde² e da vida social em si, à prática médica curativa, individual e assistencialista, além de um incentivo e favorecimento aos programas de saúde e educação privados como reflexo da própria política econômica capitalista (CARVALHO et al., 2015).

As deficiências na saúde pública caracterizavam-se pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada. Por esta razão, os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços, assumindo as características precipuamente capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior (BRAVO, 2011).

A partir de 1974 o Regime Militar começou a demonstrar desgaste e insustentabilidade. O “milagre econômico³” já não trazia os efeitos esperados e dava indícios de esgotamento com aumento da dívida externa, elevação da taxa inflacionária, e severa recessão econômica, tornando aguda a situação de desemprego e ampliando o processo de pauperização das classes trabalhadoras (BRAVO, 2011). Neste cenário,

¹ Medicina previdenciária era a medicina atrelada a política previdenciária, cujo objetivo era promover o socorro médico em caso de doença ao trabalhador e seus familiares, tendo um caráter estritamente curativo.

² Medicalização da Saúde é um fenômeno em que a vida do homem é apropriada pela medicina, onde “determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como uma doença” (CARVALHO et al., 2015, p. 1253)

³ Milagre econômico brasileiro é o nome pelo qual ficou conhecido o período entre as décadas de 1960 e 1970 em que o país registrou forte crescimento do PIB.

creceu o descontentamento dos (as) brasileiros (as). Esse fator, atrelado à fragilidade da ditadura, permitiu o reaparecimento, na cena política, das forças sociais contrárias ao regime – movimentos populares de resistência – que tomaram fôlego mostrando insatisfação diante do governo e de suas arbitrariedades.

Diante de tal insatisfação, o Estado se viu obrigado a ampliar as políticas sociais, a fim de obter maior efetividade no enfrentamento das expressões da questão social, cada vez mais exacerbadas. Tudo isso na tentativa de atender determinadas reivindicações das camadas populares e de garantir a sobrevivência do regime, tendo em vista os crescentes anseios e apelos reivindicatórios por parte dos populares (BRAVO, 2011).

A saúde também passou por algumas reformas durante o período de enfraquecimento do regime autoritário, porém, permanecia a dicotomia entre saúde privada e saúde coletiva, cujo objetivo é investigar as principais causas das doenças e encontrar meios de planejar e organizar os serviços de saúde. (BRAVO, 2011).

2.3 A reforma sanitária brasileira e sua importância

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira foi um marco decisivo que foi configurado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986. A VIII Conferência colocou na cena política do momento a discussão acerca da saúde como um direito de cidadania, que só poderia ser efetivado numa sociedade democrática.

A democratização da saúde exigia muito mais que a construção de um novo sistema de saúde, exigia mudanças de comportamentos, de concepções; mudança na maneira de o Estado se relacionar com a sociedade (PAIM, 2009). À medida que propôs uma reestruturação não apenas no setor saúde, mas na sociedade em si, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) reafirmou seu caráter político-social na luta pela redemocratização da sociedade.

O mencionado Movimento de Reforma Sanitária, fruto da organização dos movimentos populares, estudantis, dos trabalhadores, de profissionais da saúde, intelectuais e socialistas, propôs uma democratização e reformulação profunda do setor saúde, cuja reestruturação do sistema resultou na criação do Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária foi resultado de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde, agregando o reconhecimento – por parte de seus cinco mil envolvidos – da saúde como um direito de

todos e dever do Estado, finalizando com a recomendação da organização de um Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009).

É importante ressaltar ainda que a Reforma Sanitária foi – e ainda é – um movimento processual (PAIM, 2009). Isto é, as bandeiras levantadas por tal movimento não poderiam ser alcançadas em curto prazo, ao contrário, sua concretização se daria progressivamente, de acordo com o movimento e as demandas da sociedade.

Segundo o autor, a “ideia” da Reforma Sanitária consiste no momento inicial de defesa de uma reforma setorial, que ganha expressividade com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976.

A “ideia” é transformada em “proposta” com seu conjunto de princípios e proposições, no primeiro Simpósio de Política de Saúde (1979). Como “projeto”, a Reforma Sanitária é sistematizada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

O “movimento” sanitário, enquanto conjunto de práticas políticas, sociais e ideológicas, emergiu com o CEBES e se desenvolveu com o avanço da sociedade, resultando em um “processo” desencadeado em espaços e momentos distintos que vão desde o momento posterior à VIII Conferência, passando pela conquista da promulgação da Constituição de 1988 e instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, se mantendo em curso até os dias atuais (PAIM, 2009).

É inegável a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária para a construção de um Sistema de Saúde pautado na universalização, igualdade e integralidade do atendimento.

A previsão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 foi a expressão concreta de uma das muitas conquistas alcançadas graças à luta desse movimento que, em meio às adversidades políticas de transição democrática da época, encontrou espaço para criticar o modelo de atenção à saúde vigente.

Apesar da VIII CNS representar um grande avanço na constituição de uma nova forma de assistência à saúde – pautada no direito, na responsabilidade do Estado, nas ações de prevenção, promoção e proteção, foi somente com a promulgação da Carta Magna de 1988 que essas e outras lutas ganharam formas concretas, resultando na lei n o 8080 de 1990, que regulamenta o SUS.

A análise então realizada nos permite considerar que a saúde, durante todo o período anterior à Constituição Federal de 1988 pautava-se na assistência médico curativa compondo o rol dos serviços previdenciários e, especialmente durante o regime militar, no “privilegiamento do produtor privado” (BRAVO, 2006).

As únicas iniciativas de “promoção” da saúde eram as campanhas sanitárias realizadas à época, com o objetivo de conter os surtos epidêmicos que assolavam a grande massa da população. A cobertura do atendimento estava aquém da universalidade, equidade e integralidade, princípios que só passaram a fazer parte do discurso da saúde a partir da eclosão das propostas do Movimento de Reforma Sanitária e a consequente criação do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme passaremos a analisar.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tornaram-se espaços de discussões e de proposições para o setor da saúde, pois implicavam a participação social.

“As CNS foram instituídas através da lei 378 de janeiro de 1937, juntamente com as conferências nacionais de educação, cujo objetivo era definido como dar a conhecer ao governo federal as atividades inerentes à educação e à saúde em todo o país, e orientá-lo na execução de serviços e concessões de auxílio e subvenções federais, sem qualquer caráter deliberativo” (LEMOS, 2018).

Durante o governo de Ernesto Beckmann Geisel, político e militar brasileiro, o quarto na ditadura militar, foram realizadas a V CNS (em 1975) e a VI CNS (em 1977), a primeira, tendo como tema principal o Sistema Nacional de Saúde, instituído pela lei nº 6.229, enquanto a segunda teve o objetivo de discutir as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde, bem como a operacionalização da Política Nacional de Saúde (BARCELOS, DUARTE, 2020).

Como resultado dos debates realizados por tais Conferências e da difusão das propostas da medicina comunitária, ocorreu a criação de programas que eram orientados por alguns princípios básicos como a assistência individualizada, a integralidade de atenção à saúde, o aumento da cobertura, a participação da comunidade, a hierarquização dos serviços, a regionalização, dentre outros. Nota-se, desde já, alguns dos princípios que mais tarde fariam parte da estrutura do Sistema Único de Saúde Brasileiro (BRAVO, 2011).

Dentro do discurso que permeou a história da saúde no Brasil até então, pode-se considerar que, somente a partir da difusão das propostas da medicina comunitária e das ideias do movimento sanitário é que foi explicitada a preocupação com a integralidade da atenção à saúde (CFESS, 2009).

Neste período, em 1978, destacou-se a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), englobando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS), associando os setores de previdência, saúde e assistência (BRAVO, 2011).

Ao se estabelecer este novo sistema, bem como a ligação entre os referidos setores, pode-se afirmar que houve uma incipiente formação da ideia de seguridade social em substituição ao modelo do seguro. Apesar de nesse período já haver mobilização por parte de alguns movimentos sociais, as reformas imprimidas até então no setor saúde não contaram com a participação ativa dos trabalhadores.

E foi nesse momento que profissionais da saúde – organizados desde a década de 1970 por meio de produções teóricas e discussões acerca da saúde coletiva, incentivadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976 (PAIM, 2009) – gestaram a ideia de uma Reforma Sanitária, dando início ao processo de luta por melhores condições de vida e de saúde.

3 A CONSTITUIÇÃO DE 1988, A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUS.

Este capítulo aborda a relevância da constituição de diretrizes sob a influência da Carta Magna – Constituição Federal/1988 – na construção do sistema de seguridade social e saúde, que contribuiu para que o Serviço Social prevalecesse em meio a um período de grandes mudanças junto à sociedade

3.1 Constituição Federal e Seguridade Social

A década de 1980 representou um período de grandes mudanças políticas, econômicas e sociais para o Brasil. A Assembleia Nacional Constituinte convocada no final da década de 80, se configurou como um espaço de disputa de interesses distintos. No caso da saúde, essa disputa foi expressiva, visualizando-se, de acordo com Bravo (2006), dois blocos polares: de um lado os grupos empresariais e de outro as forças defensoras da Reforma Sanitária.

Ao final, os interesses adotados pela Carta Magna atenderam em grande parte às propostas do movimento sanitário, que alcançou esta conquista, graças à “capacidade técnica de formular, com antecipação, um projeto de texto constitucional claro e consistente; à pressão constante sobre os constituintes; à mobilização da sociedade” (BRAVO, 2006, p.10).

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como um divisor de águas na história da sociedade brasileira, pois traz uma nova estrutura e nova forma de intervir em todas as esferas da vida social. No caso das Políticas de Saúde, Assistência e Previdência, são reestruturadas com novos princípios, novas diretrizes e passam a fazer parte do Sistema de Seguridade Social (BOSCHETTI, 2009).

A Carta Magna apresentava um novo formato de proteção: a ideia do seguro social (cobertura restrita ao contribuinte), sendo substituída pela de Seguridade Social (cobertura estendida a todo cidadão). A partir da Constituição de 1988, foram contemplados avanços atinentes aos direitos sociais, humanos e políticos.

A satisfação das necessidades básicas dos cidadãos passou a ser compreendida como direito destes e responsabilidade do Estado, sendo proposto um novo olhar à intervenção nas expressões da “questão social”, não mais baseado na coerção,

assistencialismo ou filantropia, mas agora enquanto dever do Estado e direito de todo cidadão.

Devido a estas características a Carta Magna de 1988 foi intitulada por Ulisses Guimarães de a “Constituição Cidadã” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), termo este amplamente utilizado até os dias atuais.

A proposta da Seguridade Social foi lançada a partir da Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 194, que a define como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Assim, com a instituição do sistema de seguridade social brasileiro pretendia-se romper com o histórico legado da lógica do seguro social que orientou tais políticas até o ano de 1988.

Apesar de propor a universalização dos direitos com base na cidadania, nosso sistema de seguridade construiu-se com características tanto do modelo *bismarkiano* do seguro (contributivo e com objetivo de manter o trabalhador nos casos de eventualidades) – que é o caso da Previdência Social –, quanto do modelo *beveridgiano* (universal e com objetivo de lutar contra a pobreza) –, que é o caso da Assistência Social e da Saúde (BOSCHETTI, 2009).

Nesse sentido, o atual texto constitucional significa um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição àquela até então prevalecente. Enquanto esta – entendida como um seguro social – se restringe a formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas, aquela abrange um conjunto integrado de ações visando assegurar o direito à saúde e à previdência e assistência sociais, abolindo o caráter estritamente contratualista até então vigente, e reafirmando esses direitos como universais (NUNES, 1991. p. 13-14)

Ao inserir as referidas políticas no rol da Seguridade Social, tem-se um grande avanço em direção à universalização dos direitos, visto que, com a proposta da Seguridade Social, objetivava-se assegurar direitos com base nas necessidades sociais sem condicioná-los à inserção no mercado formal de trabalho e à contribuição prévia (BOSCHETTI, 2009), configurando um sensível avanço aos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos.

Mais do que uma nova organização dos serviços e das políticas que a compõem, a Seguridade Social, na forma em que inscrita na Constituição Federal, propunha uma nova maneira de compreensão dessas políticas, enquanto ações integradas para a garantia da

proteção social dos cidadãos. O próprio texto da Constituição que define a Seguridade, a coloca como “um conjunto integrado de ações [...]” (BRASIL, 1988).

No campo da saúde, avanços sem precedentes foram alcançados a partir da Constituição de 1988. A saúde passou a ser concebida como um direito de todos e dever do Estado, compondo o tripé⁴ da Seguridade Social. A concepção de saúde foi ampliada, passando a ser encarada como um conjunto de fatores que se estabelecem não apenas pelas características biológicas, mas influenciada também pelas condições de vida, levando em consideração os condicionantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que interferem no processo saúde/doença.

O Ministério da Saúde passou a ser responsável por todos os serviços de atenção à saúde (com exceção do auxílio-doença que continua a ser responsabilidade da Previdência Social), se desvinculando finalmente da previdência social.

A saúde passou então a ser um direito universal, que propõe atendimento igualitário às ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Constituição de 1988 também definiu a participação do setor privado, apenas em caráter complementar, cabendo ao Poder Público e à sociedade, a regulação, fiscalização e controle de todo serviço de saúde prestado, seja público ou privado. Além de instituir a Seguridade Social Brasileira, a referida Constituição prevê, em seu artigo 198, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários.

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 (BRASIL, 1988).

Apesar de estarem contidas já na Constituição Federal as bases do SUS, este só foi efetivado a partir de 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A Lei nº 8080/1990 foi promulgada, regulamentando as diretrizes e princípios do SUS.

Foi esta lei que deu materialidade e operacionalização aos pressupostos da Constituição e além de definir o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da

⁴ Saúde, Previdência e Assistência Social.

Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990), “regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde” (PAIM, 2009, p.76).

A estrutura do SUS, seus objetivos, as formas de financiamento, as atribuições e competências de cada esfera do governo, sua organização e seus princípios norteadores são detalhados pela LOS.

O arcabouço legal que instituiu o SUS se mostrou insuficiente para o desenvolvimento do sistema no Brasil. Dessa maneira, foram elaboradas normas complementares, a exemplo das Normas Operacionais Básicas (NOBs – SUS 01/91; 01/92; 01/93; 01/96), com o objetivo de orientar o processo de implantação descentralizada do SUS, bem como, definir o funcionamento do sistema nas três esferas de governo, sobretudo, nos municípios (BRASIL, 1991).

Estas normas, além de definirem as competências de cada esfera, também visam regulamentar as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas funções neste processo de implantação. As NOBs são, assim, importantes instrumentos na operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde e na reorientação do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1996).

Outros marcos normativos foram sendo propostos a partir da necessidade de expansão e melhor organização do SUS. Políticas e programas específicos foram sendo criados, a exemplo do Programa de Saúde da Família (1993), a Política Nacional da Atenção Básica (1994), e de Saúde Bucal (2003). Foram criadas também políticas de saúde voltadas para grupos específicos, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2007).

Para Boschetti (2009, p.11), em relação à trajetória geral das políticas de saúde, assistência e previdência, é possível afirmar que “não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado”.

As autoras Monnerat e Souza, em trabalho de 2011, pontuam que os setores que compõem a seguridade social apresentam trajetórias e memórias técnicas diferentes, assim sendo, o desafio seria criar formas e mecanismos inovadores, que favoreçam a reconstrução do sistema de seguridade social. Tais formas buscaram resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social.

A dificuldade para a efetivação da política de seguridade social, nos moldes preconizados pela Constituição Federal, é resultado de vários fatores, dentre os quais,

destaca-se a ascensão do ideário neoliberal a partir da década de 1990 no Brasil e que continua em curso atualmente. Um dos eixos centrais do neoliberalismo é o corte de gastos do Estado, chamado de ajuste fiscal, que resulta no enxugamento das funções sociais do Estado. Com base nisso, dá-se início à ideia de reformar o Estado, eliminando os aspectos “trabalhistas” e “sociais” já vindos do período varguista nos anos 30-60 [...] e, particularmente, esvaziando as conquistas sociais contidas na Constituição de 1988 (MENICUCCI, 2011).

A partir da análise deste contexto, compreende-se o difícil processo de implementação do sistema de seguridade brasileiro. O ataque neoliberal às políticas que a compõem se mostra de várias maneiras, seja nas propostas de mais uma reforma e reajuste da Previdência, seja nas constantes investidas privatistas nos serviços de saúde. Desta forma, na conjuntura atual, a efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988, torna-se um desafio constante. Mesmo diante de tais desafios, são inegáveis os avanços conquistados com a Constituição de 1988. As políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social ganharam uma nova roupagem ao compor o tripé da chamada Seguridade Social.

Assim sendo, seu desenvolvimento é influenciado diretamente pelas forças políticas dominantes. Mesmo com a entrada de um governo popular, em 2003, com um maior investimento em políticas voltadas para os determinantes sociais da saúde, como meio ambiente, renda, trabalho, saneamento, alimentação e educação (MENICUCCI, 2011), e de equiparação social, não são identificadas mudanças radicais na lógica de condução do sistema de saúde brasileiro.

No entanto, são inegáveis os avanços identificados neste período com a expansão e fortalecimento da política de atenção básica e do financiamento público na área da saúde. Como afirma Menicucci (2011, p. 531), “pode-se dizer que o Brasil se tornou um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais”.

No contexto atual, em que o mundo tem enfrentado uma crise sanitária com a pandemia do COVID-19, iniciado em 2020 em que mobilizou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em destacar a alta viralidade e letalidade do SARS-CoV-2, propondo medidas de restrição e distanciamento social e prevenção na busca de conter maior disseminação da doença (OPAS, 2020), revelou a grande importância do papel político quanto à manutenção da saúde para enfrentamento de crises sanitárias de tal nível. Particularmente algumas condutas políticas mostraram-se imprudentes e inadequadas ao enfrentamento da pandemia como no caso da Europa e os EUA, que se atrasaram no estabelecimento de normas contra o COVID-19 (PIRES, ANDRINO, LLANERAS e GRASSO, 2021).

No Brasil a condução da pandemia revelou-se inapropriada para a situação da saúde, agravando um estado de crise política, em que vivemos. Essa situação conduziu a uma retomada de ataques aos direitos conquistados historicamente pelo SUS por meio da Constituição Federal de 1988, dentre eles, o direito à saúde gratuita, universal e de qualidade, por meio do gradual processo de desinvestimento no setor por parte do Estado (UNGARETTI, 2021).

Considerando referido debate bem como o atual cenário de saúde mundial, tornou-se evidente notar que o Sistema Único de Saúde do Brasil com todos os seus órgãos, têm sido a única força capaz de minimizar os efeitos calamitosos que a pandemia tem causado em nosso país, desintegrando qualquer dúvida inerente quanto a sua importância em âmbito nacional ou até mesmo internacional, servindo de referência para diversos países, do mundo.

3.2 Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na saúde

Segundo Bravo e Matos (2004), as décadas de 1930 a 1945 foram marcadas pelo início da profissão de Serviço Social no Brasil. Durante todos esses anos, se manifestava um serviço social caridoso, tendo seu norte teórico inspirado na doutrina social da Igreja Católica e nas suas encíclicas, bem como numa forte influência europeia. Conforme Silva:

[...] O objeto de estudo do serviço social na dec. 30, era o homem carente, e seus objetivos estavam mais direcionados para o atendimento da pobreza, através da assistência, prestação de serviços e orientação individual, sendo seus conhecimentos baseados no neotomismo, expressos pelo ensino das encíclicas e pela moral, pela filosofia e pela religião. Sendo sua prática operada basicamente pelas técnicas da entrevista e da visita domiciliar. A formação profissional, apresentava-se então um cunho doutrinário e religioso (SILVA, 1995, p. 10).

Nessa época a área da saúde não era tão visada pelos assistentes sociais como um campo também social, pois suas práticas eram mais voltadas para a área trabalhista, - haja vista o país estar passando por um desenvolvimento capitalista industrial e expansão urbana, - e a maioria das suas práticas eram pautadas em atividades e obras de caráter social.

As propostas relativas a saúde vinham sofrendo influências norte-americanas, tendo como base teórica as teorias positivistas e funcionalistas de Augusto Comte, o qual dizia que o indivíduo tinha que se adequar ao ambiente que vive para que dessa forma colaborasse com o equilíbrio e a harmonia social, podendo viver em meio ao coletivo, ou seja, em sociedade.

O período de 1964 a 1979 foi marcado pela reatualização do serviço social, no sentido de modernizar as práticas da profissão e pelas novas propostas de saúde, haja vista na década de 1970, conforme abordado anteriormente, ter acontecido o movimento pela reforma sanitária que reivindicava um sistema de saúde universal e igualitário, com um caráter mais preventivo a invés de ser apenas curativo.

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável a adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham àquilo que poderia oferecer o chamado 'Serviço Social tradicional'. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico. (CARVALHO e IAMAMOTO, 2003, p. 364-365)

Nesse sentido, segundo Bravo e Matos, (2006, p.199) o Estado passou a intervir de forma mais veemente na saúde com a finalidade de suavizar as reivindicações e pressões populares causadas pela ditadura militar e posteriormente pelo movimento da reforma sanitária, com isso, os assistentes sociais da saúde tiveram como foco de atuação os hospitais e ambulatórios.

Atuavam como um profissional mediador entre a instituição e a população, suas práticas eram de formas curativas, burocratizadas, além da psicologização das relações sociais e concessão de benefícios, utilizavam-se de ações como: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento e orientação previdenciária, sendo oriundo dessa época ainda, a tentativa de aproximação do serviço social com as teorias marxistas.

Foi também nesse período que surgiu nos hospitais o famoso "livro preto", segundo Sodré (2010, p. 456), "*é um livro de ata, com capa preta, em que o assistente social relata o atendimento que chega até ele como registro de sua demanda, uma forma padronizada de dizer: resolva no próximo plantão*".

Podemos perceber que essa prática ainda estava voltada para a dimensão microssocial, pois só fazer anotações não destacava a complexidade das manifestações das questões sociais, trazidas ao campo da saúde.

De acordo com Sodré esse livro não era relevante para a prática do assistente social na saúde, haja vista seus registros serem superficiais e pontuais, onde as demandas eram tratadas de formas isoladas, o que acabava subalternizando o profissional, pois eles não conseguiam se aproximar da teoria.

Ante o exposto percebe-se a ocorrência de modificações sensíveis e consideráveis no campo ou modo de atuação dos assistentes sociais na área da saúde durante as décadas de 1930 a 1970.

Primeiro as assistentes sociais tinham um aporte teórico baseado na doutrina da igreja católica, com práticas de caráter social, em seguida uma prática voltada para uma priorização das ações curativas em detrimento das preventivas que visava o usuário de forma individual e não como um ser que faz parte de um coletivo, e por último o começo de uma grande mudança na profissão, sua aproximação com as teorias marxistas.

A década de 1980 foi de extrema relevância para o serviço social, pois, foi nessa época que a profissão caminhou para uma tentativa de ruptura com seu conservadorismo, através do movimento de reconceituação. Na área da saúde ganhou um enfoque mais crítico, baseado numa linha marxista, a qual é responsável pela contribuição decisiva no processo de ruptura teórica e prática tradicional.

O processo acima permitiu, que os profissionais rompessem com o caráter meramente executor e conquistassem novas competências e atribuições, como elaboração, avaliação, coordenação e execução das políticas sociais, dando ao Serviço Social um viés científico.

Para Martinelli (1997, p. 148), foi neste momento que o Serviço Social extrapolou os limites institucionais, impondo-se como produtor de conhecimento e da realização da pesquisa como auxílio para entender as novas exigências que são impostas para sua intervenção. Bravo (2004, p. 34) enfatiza ainda que no balanço geral do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas as lacunas no fazer profissional, observou-se uma mudança de posição com adoção de uma postura um pouco mais crítica dos profissionais com relação às atividades desenvolvidas nas unidades de saúde e tais reflexos puderam ser percebidos nos trabalhos apresentados em Congressos da categoria e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva de 1985 e 1989.

Do final dos anos 1980, passando pela década de 1990 até a primeira década dos anos 2.000, foram períodos de grandes transformações para o Serviço Social, tanto do ponto de vista da abertura de um amplo mercado de trabalho na área da saúde, quanto aos desafios e novas exigências impostos ao profissional, haja vista dentre esses períodos haver sido promulgada a Constituição Federal de 1988, a concretização do SUS, a criação do Código de Ética do Assistente Social, e especificamente para a área da saúde, o documento chamado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde,

elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), conferindo as seguintes atribuições no âmbito da saúde:

Elaborar, coordenar e executar planos/programas/projetos e atividades que visem assegurar a interface com as diversas políticas sociais, o processo de melhoria da qualidade de vida da população;

- Desenvolver, em parceria com entidades governamentais e não governamentais ações preventivas e educativas, visando a assistência integral à saúde;
- Prestar informações e orientações aos usuários sobre os direitos previstos na política de seguridade social, realizando encaminhamentos que possibilitem a utilização adequada dos recursos institucionais existentes na comunidade;
- Orientar os usuários, seus responsáveis e/ou familiares, nas situações oriundas do processo saúde/doença, nas suas diversas fases;
- Discutir as diversas expressões da questão social, constitutivas da saúde coletiva, para subsidiar a formulação de planos/programas/projetos de saúde;
- Realizar vistorias, perícias e laudos técnicos, informações e pareceres sobre matéria específica do Serviço Social.

No mesmo viés e no sentido de garantir a qualidade e a continuidade do trabalho realizado pelo Serviço social, no âmbito da unidade e da rede de saúde, objetivou-se e torna-se necessária a participação de Assistentes Sociais nas equipes multidisciplinares, bem como nas Equipes de Apoio distrital – orientar e assessorar os profissionais na realização de seu trabalho em articulação e conexão permanente com as demais Equipes da Rede.

Sendo assim, a objetivação do trabalho do assistente social na área da saúde pública é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas em suas mais variadas vertentes, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde. (COSTA, 2012, p. 38).

De acordo com Nozawa (2010, p. 8) a grande luta é para que o serviço social na saúde assuma seu papel, com direção no projeto ético-político e que os assistentes sociais não sejam meros sanitaristas ou serviço social clínico, tendo claro seu objetivo profissional que é o da defesa intransigente de direitos e garantias individuais dos cidadãos.

Nesta perspectiva o contemporâneo mercado de trabalho exige um novo perfil profissional ou uma nova roupagem, ou seja, o assistente social tem que estar sempre em

busca de qualificação para se adequar a essas novas exigências a fim de cumprir efetivamente com presteza as suas atribuições.

Assim, destaca-se a importância do processo de qualificação continuada para o assistente social manter-se nesse mercado, para que atue com mais eficiência nas suas atividades cotidianas, para que se torne um profissional qualificado e estar sempre preparado para questionar as demandas institucionais, acompanhar as mudanças e transformações da realidade social, promover mudanças no cotidiano dos usuários, e na sua própria prática profissional. Nesse sentido, leciona Sousa:

Assim, o processo de qualificação continuada é fundamental para a sobrevivência no mercado de trabalho. Estudar, pesquisar, debater temas, reler livros e textos não podem ser atividades desenvolvidas apenas no período da graduação ou nos “muros” da universidade e suas salas de aula. Se no cotidiano da prática profissional o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho. (SOUSA, 2008, p. 122).

Nesse contexto, os assistentes sociais da área da saúde vêm assumindo novas práticas, como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, bem como são requisitados a trabalharem na realização de atividades em que os profissionais, assessoram, organizam e realizam cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, dentre outras, sendo de suma importância sua função principalmente quando analisado sob o enfoque de ser um guardião de direitos.

4 A DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE

Neste capítulo será abordada a atuação dos assistentes sociais nas unidades cuja configuração administrativa é descentralizada, sobretudo nos Distritos Sanitários de Saúde, demonstrando sua funcionalidade e as atividades exercidas de forma prática, as dificuldades dos servidores e principalmente os avanços que fizeram do serviço social como um importante mecanismo na busca e na confirmação de direito dos cidadãos.

4.1 Descentralização: conceituação e normativos

A descentralização implica em reconhecimento de competências autônomas para a tomada de decisões e condução de serviços e políticas. Todavia, para não se pulverizar o sistema e nem comprometer sua eficiência, ou responsabilidade, a Constituição agregou à descentralização a figura da “*direção única em cada esfera de governo*” (COSTA, 2008).

A descentralização promovida pela implantação do SUS no Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como as mudanças no modelo assistencial fizeram com que a oferta de serviços aumentasse de forma significativa sem que esse fato significasse diretamente a melhoria na qualidade dos serviços prestados, carecendo de ajustes e implementações a fim de garantir aos usuários o fornecimento de um serviço público de saúde eficiente.

Assim, o processo de descentralização da saúde fora adotado como uma estratégia de reorganização das práticas e dos serviços de saúde, com vistas a consolidar o SUS, assumindo, gradativamente, a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica à Saúde (CONASS, 2006).

A Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 2006 do Ministério da Saúde, cria a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS/96, um dos principais documentos de estruturação do SUS que consolidou a política de descentralização ou municipalização (CONASS, 2011).

A referida Portaria instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica, como também definiu as responsabilidades da União, dos Estados e assegurando o município como, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções

saneadoras em seu território. Descentralizando, portanto, de maneira direta aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica (CONASS, 2011).

A descentralização da saúde, dessa forma, foi um processo de reforma política, planejado para reduzir a influência central e promover a autonomia local no planejamento e organização do sistema de saúde de maneira mais direta e eficaz.

Entretanto, alguns aspectos negativos podem decorrer desse processo como a falta de responsabilização entre as esferas de governo, a influência política local em detrimento da política de saúde, o declínio na qualidade da infraestrutura e oferta de serviços, o despreparo técnico-administrativo dos gestores e trabalhadores de saúde e deficiências na democratização da gestão pelos espaços de controle social, em contrapartida ocorre a operacionalização do atendimento à saúde, permitindo uma alcance imediato a poluição (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998).

Dessa forma, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde, numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde. Essa hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é conhecida e reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998).

A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal, como por exemplo, a aprovação de Normas pelo Ministério da Saúde objetivando a redefinição das responsabilidades e mecanismos de repasse financeiro como o Piso da Atenção Básica (PAB), um valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios, de modo a financiar a atenção básica (PAIM, 2009).

Assim, é possível inferir que para a implementação do SUS foram necessárias a elaboração de legislações complementares, novas regras e reformas administrativas em todos os níveis do governo a fim de conseguir fornecer e gerenciar os serviços oferecidos aos cidadãos.

Desta forma, com o processo de descentralização da saúde estimulado pela implantação do Sistema Único de Saúde – SUS juntamente, com a publicação da Portaria GM/MS n. 2.203, acabou por ampliar as ações dos municípios no âmbito da saúde, diversificando suas atividades e exigindo deles maior capacidade de organização a fim de ofertar e gerenciar os serviços de saúde.

Nesse sentido, a gestão passa a ser assumida pelos municípios e com ela toda a responsabilidade pelo recrutamento, contratação e formação de recursos humanos adequados às diversas funções assumidas.

Portanto, a desconcentração das atividades relativas ao gerenciamento da assistência, dos níveis federal e estadual aos municípios, exige do nível local ampliação da sua capacidade de gestão, incorporação de novas atividades com organogramas mais complexos e especializados (SANTOS, 2010).

Sendo assim, os municípios foram compelidos a apresentarem propostas de gestão que fossem capazes de equacionar ou ao menos minimizar os problemas que ecoavam ante uma prestação de serviço plenamente centralizada, momento em que o município de Goiânia acabou por criar os Distritos Sanitários de Saúde com a finalidade de redistribuir competências e fiscalizar de maneira mais efetiva os serviços oferecidos à população, conforme se demonstrará.

4.2 A criação dos Distritos Sanitários de Saúde em Goiânia

Uma política de descentralização, tendo como foco o município, que tenha espaço e abertura para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita que o Estado exerça seu papel regulador, é o caminho para superar as causas de estrangulamento do Sistema Único de Saúde. Tendo em vista a política nacional de descentralização, o município de Goiânia organizou suas estruturas de saúde dentro de um território estabelecido, constituindo os Distritos Sanitários de Saúde – DS.

Estes Distritos têm como características importantes a compreensão da saúde de sua população, o processo saúde-doença, organização dos serviços, modelo de atenção e práticas sanitárias, no que se refere à estrutura, composição e desenvolvimento das ações de saúde, complexidade, tecnologia e processos de trabalho, hierarquização e níveis de atenção, regionalização e rede de serviços e intersetorialidade (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998).

No município de Goiânia, o processo de implantação da descentralização, através dos Distritos Sanitários – DS, tem início no período de 1987-1990 por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, estendendo-se ainda para outras cidades do entorno. Os Distritos Sanitários são estruturas político-administrativas localizadas estrategicamente nas sete regiões administrativas do município de Goiânia, resultantes do processo de

descentralização proposto pelo SUS, mas sem a concomitante descentralização financeira e orçamentária. São responsáveis pela saúde da população que reside e trabalha na sua área de abrangência (SMS/GYN, 2021).

No Brasil, a descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária preconizada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (SILVA, 2007). Cada Distrito Sanitário em Goiânia possui uma rede de serviços próprios e conveniados que visam à atenção à saúde da população.

Nesse sentido, a zona urbana de Goiânia foi recortada em doze grandes regiões, onde se localizam os sete Distritos Sanitários que compõem a Secretaria Municipal de Saúde (Figura 1): Distrito Sanitário Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Campinas-Centro e Leste (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012), vejamos (SMS/GYN, 2021):



Figura 1 - Mapa do município de Goiânia com a divisão dos sete Distritos Sanitários de Saúde.
Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – 2021.

Podemos observar no Quadro 1 a seguir, a distribuição da população e Unidades de Saúde por Distrito Sanitário (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012), veja-se:

Distrito Sanitário	População por DS	Nº de Unidades de Saúde
Campinas Centro	317.587	16
Leste	177.661	15
Noroeste	171.609	22
Norte	142.251	12
Oeste	102.979	17
Sudoeste	181.777	17
Sul	192.946	13
Total	1.287.223	112

Quadro 1: Distribuição da população e Unidades de Saúde por DS, em Goiânia 2009.
Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde - Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia - GO, 2009.

É possível verificar da referida distribuição que o Distrito Sanitário Campinas-Centro é o Distrito responsável pela maior parte do atendimento populacional (317.587), enquanto o Distrito Oeste fica com a menor carga com apenas 102.979 usuários, ao passo que o Distrito Norte possui o menor número de unidades de saúde a se responsabilizar (12), enquanto o Distrito Noroeste é o que mais possui unidades de saúde a gerenciar (22) (SMS/GYN, 2021).

Sendo assim, os Distritos Sanitários de Saúde possuem como principal função direta o gerenciamento das unidades de saúde que prestam os serviços diretos à população, e indiretamente fiscalizar a prestação desses serviços ofertados de maneira mais eficaz.

Os Distritos Sanitários são compostos pelos gestores: Diretor-Geral, Supervisor Técnico e Supervisor Administrativo, com as respectivas divisões nas atribuições de suas funções, além de profissionais das diversas categorias que compõem sua equipe técnica: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Biomédicos e Farmacêuticos (SMS/GYN, 2021).

Além dos profissionais de nível superior, colaboram também na equipe distrital profissionais de nível médio como: técnicos de enfermagem e técnicos de saúde bucal, técnicos e auxiliares administrativos, motoristas e auxiliares de serviços gerais, todos visando uma melhor prestação do serviço público.

Sendo assim, a Diretoria de Atenção à Saúde – DAS, através de suas Unidades próprias gere cada um dos Distritos Sanitários na região de sua abrangência, sendo imprescindível esta ação para o bom andamento de todas as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde, funcionando todas como uma engrenagem de um corpo, desde as

Unidades de Atenção Básica de Saúde a Família, às Unidades de Terapias Intensivas (SMS/GYN, 2021).

Entretanto, é importante destacar que nem todos os aspectos da atenção à saúde, ainda que dentro de sua área de abrangência, são gerenciados pelos Distritos Sanitários, como a Vigilância Sanitária que trabalha de maneira centralizada e independente; a Diretoria de Controle e Avaliação também funciona de forma centralizada, não tendo nenhuma representação no nível distrital (SMS/GYN, 2021)

Já a Vigilância à Saúde é um serviço recém-implantado nos distritos, através do representante da Epidemiologia que realiza de forma descentralizadas notificações, bloqueios, combates a epidemias, entre outros, estando submetidas ao controle dos Distritos Sanitários (SMS/GYN, 2021).

Nesse sentido, a Rede Municipal de Saúde em Goiânia dispõe de 112 Serviços de Saúde Pública, distribuídos nos centros de atendimento à saúde, entre eles os CAIS, CIAMS e UPAS, para atendimento das necessidades da população, que estão distribuídos nos sete Distritos Sanitários⁵ em diferentes níveis de complexidade. Temos, portanto, na Rede Municipal de Saúde 62 Unidades Básicas de Saúde da Família compostas por 180 Equipes de Saúde da Família. Cada unidade de centro de atendimento dispõe de serviços como do CIAMS: cardiologistas, angiologistas, otorrinolaringologistas, pneumologistas, fonoaudiólogos e nutricionistas, já os atendimentos ambulatoriais, os pacientes são encaminhados por profissionais em unidades básicas (SMS/GYN, 2021).

Os UPAS oferecem uma estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU, oferecendo atendimentos como raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação (BRASIL, 2017)

Contamos ainda com Centros de Saúde que auxiliam na prestação do primeiro atendimento do SUS. Os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, o Ambulatório Municipal de Psiquiatria, o Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, além das Unidades de Produção Solidária compõem a rede de atendimento à Saúde Mental (SMS/GYN, 2021).

⁵ **I** - Distrito Sanitário Campinas-Centro; **II** - Distrito Sanitário Leste; **III** - Distrito Sanitário Noroeste; **IV** - Distrito Sanitário Norte; **V** - Distrito Sanitário Oeste; **VI** - Distrito Sanitário Sudoeste; **VII** - Distrito Sanitário Sul. (GOIÂNIA, 2019)

Os CIAMS – Centro Integral de Assistência Médico Sanitária e os CAIS - Centro de Assistência Integral à Saúde prestam atendimento ambulatorial, em urgência e emergência 24 horas. Possuem leitos de observação que seriam, a princípio, local para estabilização de pacientes graves, mas que acabam servindo para internações temporárias na espera de leitos hospitalares (SMS/GYN, 2021).

Prestam assistência ambulatorial especializada: Centro de Referência à Pessoa Idosa – CRASPI; Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica – CRDT; Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia – CROF e Ambulatório Municipal de Queimaduras. Em outro viés, as Maternidades Nascer Cidadão e a Maternidade Dona Iris prestam assistência humanizada ao pré-natal, parto e puerpério à população. Existem, ainda, dez módulos para atendimento odontológico e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (DAS/SMS, 2012).

Dentro dessa complexidade do Sistema de Saúde da cidade de Goiânia, definimos como nosso campo de estudo os sete Distritos Sanitários que estão localizados, conforme organograma abaixo, na Diretoria de Atenção à Saúde:

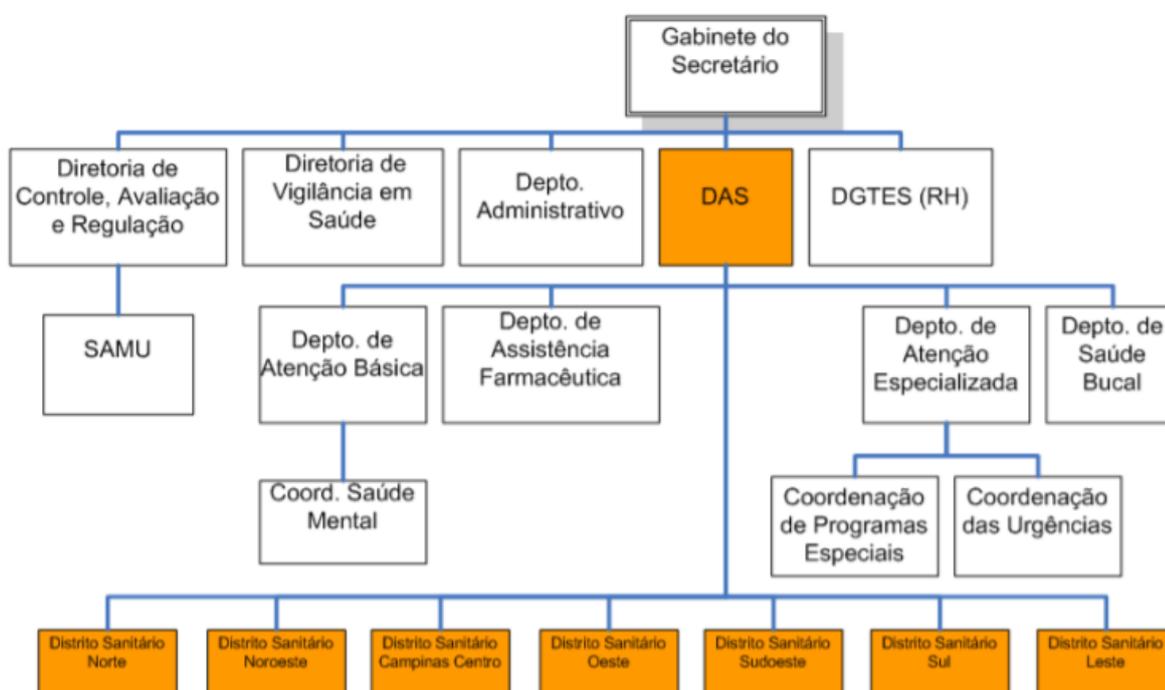


Figura 2: Organograma simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2012.
Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

A gestão municipal em saúde de Goiânia está habilitada, portanto, na gestão plena do sistema municipal (NOB/SUS 01/96), significando que, além do financiamento da

atenção básica, recebe recursos para assistência farmacêutica, saúde da família, agentes comunitários, vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional e saúde do trabalhador.

Dessa forma, o serviço social também encontra-se inserido, estando responsável por atribuições de considerável importância junto aos Distritos Sanitários, conforme se demonstrará no tópico a seguir, sendo importante, no entanto, destacar de antemão algumas de suas competências previstas nos Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde, definidos pelo conjunto CFESS/CRESS e na Proposta de Atuação do Serviço Social no Distrito Sanitário/SMS – nas dimensões do Planejamento, Pesquisa e Intervenção/2006 atualizado e revisado em 2013, sendo elas:

- Elaborar, coordenar e executar planos/programas/projetos e atividades que visem assegurar a interface com as diversas políticas sociais;
- Realizar visitas domiciliares para avaliação, elaboração de relatório e parecer social no sentido de conhecer a realidade do usuário/ familiares e mediar acesso às diferentes políticas sociais públicas, solicitadas pelas Gerências da SMS, Unidades de Saúde, Ministério Público/Defensoria Pública e demais políticas sociais, como educação, assistência social, dentre outras;
- Prestar informações e orientações aos usuários sobre os direitos previstos na política de seguridade social (Previdência Social/Saúde e Assistência Social), realizando encaminhamentos que possibilitem o acesso adequado aos recursos institucionais existentes na comunidade;
- Manter canais de articulação com instituições públicas e privadas, ONG's, como forma de assegurar a qualidade do acesso aos serviços prestados, considerando o sistema de referência e contrarreferência;
- Visitas para apoio/suporte técnico às unidades de saúde, para orientações de acordo com as demandas apresentadas, estudos de casos juntamente com outras categorias profissionais;
- Contribuir com a equipe multiprofissional de nas atividades de promoção de saúde em sua integralidade por meio de oficinas, palestras, rodas de conversas para os diferentes grupos nas unidades de abrangência do Distrito Sanitário;
- Participar de processos de educação permanente em saúde sendo multiplicador nas unidades; entre outras

Percebe-se, portanto, que os Distritos Sanitários são a extensão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde no território das Unidades de Saúde e fazem parte do

processo de descentralização da gestão municipal de saúde para o desenvolvimento da assistência, de forma contínua e com resolubilidade dos serviços de saúde ofertados à população, estando o serviço social incluído neste processo, assumindo o protagonismo em diversas ações, conforme se observará no tópico a seguir.

4.3 A atuação do Assistente Social no Distrito Sanitário

Para compreender a atuação do Assistente Social no campo da saúde, em específico nos Distritos Sanitários é preciso partir do ponto da integralidade do direito à dignidade humana que advém da Constituição Federal, que reconhece o sujeito social e contempla com ações que favoreçam seu modo de vida que refletirá na sua produção e conseqüentemente no desenvolvimento social. O Assistente Social, trabalha no intuito de fazer valer as premissas dos direitos humanos, e nesse processo está a condição da saúde, reflexo não só das ações orgânicas mas pelo conjunto de fatores ambientais que preconizam o estado saúde-doença (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998).

No processo de descentralização a constituição dos Distritos permite a flexibilização do atendimento às demandas sanitárias da sociedade, dessa forma deve-se compreender que cada gama de demanda requer níveis diferentes de complexidades. “Nesse sentido, a ênfase do modelo deve ser dada à produção social da saúde, procurando colocar e manter o maior número possível de indivíduos no estado de “sadio” do gradiente de saúde (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998, p. 19)”.

Os parágrafos a seguir foram desenvolvidos com base em diálogo realizado com a Assistente Social, que atua no Distrito Sanitário da Região Norte de Goiânia.

Em Goiânia, este processo de descentralização, foi aplicado na constituição de sete Distritos em que se aplica o princípio da operacionalização, que buscam a realização dos demais princípios como o da universalização, integralização do SUS, proporcionando a maior aproximação dos usuários ao sistema de saúde, que se caracteriza pelo conceito de pertencimento do indivíduo de uma determinada região aos aportes das políticas sociais.

Portanto, um Distrito se caracteriza pela determinação do território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho, que ali se necessita. Assim, a gestão dos Distritos Sanitários compreende uma multiplicidade da equipe técnica, um trabalho multidisciplinar que envolve, profissionais de saúde que fomentem a concepção ampliada de saúde, atendendo o princípio da integralidade do SUS, observando os quesitos sociais na concepção da saúde do cidadão, e em especial a assistência social, busca articular

políticas para garantir o alcance dos direitos adquiridos.

O Serviço Social, contribui com o enfrentamento e a manutenção dos direitos, à saúde, ou melhor o SUS hoje é a maior estrutura política social que representa a democracia do Brasil, portanto umas das atribuições do Serviço Social é conduzir elementos diagnósticos dos sistemas e dos usuários, na constituição de novas políticas de acolhimento e equidade social.

No contexto de pandemia da COVID-19 de 2020 e 2021 as ações dentro do sistema de saúde nos distritos sofreram um impacto pois a pandemia demanda muito trabalho, com fornecimento de materiais e equipamentos de proteção aos profissionais de saúde, todos os profissionais mesmo não estando ligados diretamente ao quesito de diagnósticos e profilaxia, estão envolvidos no processo de cuidado social dentro dos distritos, realizando tarefas que já executavam anteriormente, mas dando atenção às novas demandas como: doentes de covid, vacinação, testagem, sendo uma tarefa mais exigente, pois toda a sociedade é afetada pela doença. Neste ponto o que se observa que medidas precisam ser tomadas para manutenção do sistema que tem sofrido com sucateamento, por falta de investimento e visões particulares dos gestores nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal, pois cada uma tem suas responsabilidades em seus devidos espaços.

Segundo a Assistente Social do Distrito Sanitário Norte, devido ao processo de sucateamento que vem sofrendo o SUS a qualidade da política que chega a população sofreu um declínio, dado a realidade de pandemia o papel de assistente social não fica estagnado ao que lhe cabe, mas ao que lhe impõe o contexto pandêmico hoje no Brasil, portanto, diversas tarefas são realizadas no intuito de alcançar e promover o bem-estar ao maior número de usuários, neste momento requer um comprometimento com as ações de saúde e fazer manter os locais de saúde funcionando, ajudando a gestão, dentro deste processo ela realiza a carga horária de 36 hs semanais, implicando em enquanto estiver no atendimento desenvolver as tarefas com maior destreza e comprometimento que lhe cabe.

Segundo a mesma, os maiores desafios que o SUS enfrenta hoje é a políticas de privatização, é importante que tantos os profissionais de saúde, quanto da sociedade defender este bem social, pois ficou evidente sua importância no enfrentamento da COVID-19, pois é um sistema necessário que se constrói todos os dias com a ajuda das pessoas, usuários, trabalhadores e a sociedade civil por meio da organização dos Conselhos de Saúde. Restabelecer a capilaridade do sistema nas unidades de saúde, implantando em todos os bairros uma unidade de saúde, espalhando o sistema de saúde, fazendo chegar o atendimento a toda sociedade, a partir das implantação e estruturação das unidade de

estratégia de saúde da família como porta de entrada do SUS. O outro desafio que o sistema enfrenta hoje é realizar todas as tarefas que já faziam parte das demandas diárias e agora adicionar realizações em prol do fluxo criado pela pandemia.

O assistente social enfrenta no momento o desafio do sucateamento do distrito, pois faltam recursos que lhe permitam realizar com mais presteza os serviços como: visita domiciliar, deslocamento para reuniões de conselhos, deslocamento para as unidades que não possuem PSF e necessitam de visitas para as demandas de saúde que não são exclusivamente biológicas, falta de recursos para articular o serviço e a política pública.

A avaliação da atuação do assistente social no distrito é de que é de suma importância para a sociedade, pois trabalha para garantir o acesso da população ao serviço de saúde, sendo um princípio de atuação do profissional que trabalha no SUS, pois se trabalha com a concepção de saúde ampliada, na garantia, sempre, dos princípios doutrinários e universais do sistema. Dentro desta atuação o estabelecimento da rotina de trabalho é primordial, porém no contexto de sucateamento do distrito ocorrem constantes replanejamento, até improvisação para que o trabalho aconteça de forma esperada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contemplou os objetivos propostos, observou-se que os Distritos Sanitários são importantes centros administrativos e importantes conseqüências na implantação do Sistema Único de Saúde visto que é por intermédio destes que ocorre não somente a implementação de importantes vetores do SUS mas como também acaba por organizar e gerenciar unidades de saúde que prestam serviços diretamente à população.

Compreendeu-se que os aspectos históricos do vem influenciando na evolução do profissional de trabalho, na formação, e exigências quanto a qualificação do assistente social. Notou-se, desta forma, que os assistentes sociais possuem funções de diferentes naturezas, como as ações sociais, as ações em equipe, as ações socioeducativas, as ações de investigação, planejamento e gestão, bem como as ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

Dentre as funções de natureza assistencial, destaca-se aquelas em que o assistente social acaba por ser agente ativo ou o elo entre o direito de um indivíduo e sua efetivação, principalmente por atuar com o fim de prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações ou criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social.

Neste aspecto observou-se que o assistente social é força motriz capaz de garantir direitos aos indivíduos seja quando planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde, ações que assegurem a saúde enquanto direito, como também sensibiliza o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe.

O Serviço Social brasileiro, requer profissionais dinâmicos e em constante capacitação, que compreendam as respostas às demandas que lhes são postas, pois implicam entender os significados sociais de tais demandas e intervenções que lhes possam atribuir outros. Assim, os assistentes podem trilhar um caminho para além das atividades paliativas ou imediatas, existentes apenas para aliviar as tensões do sistema, fazer arranjos, resolver temporariamente o que, ainda, não tem solução: a “questão social”.

Dentro da complexidade histórica que se constitui o Brasil, vê-se a importância de ser este assistente social ativo e rico em criticidade para construir um ambiente favorável ao diálogo e a defesa das políticas públicas, principalmente aquelas que fomentem o

desenvolvimento social do cidadão, necessita-se ampliar a defesa do Sistema Único de Saúde, pois políticas para educação e saúde são representações das lutas sociais, pois revelam a necessidade e o papel do Estado na construção da rede de evolução social, proporcionam a lucidez da democracia.

O SUS, revelou sua importância ao se mostrar como um complexo de ações de saúde, sendo um sistema que atende a sociedade em situações de crise sanitária, tal pontuação contempla a realidade do enfrentamento a pandemia do COVID-19, pois é por meio do SUS, que diretrizes de prevenção, tratamento e vacinação tem acolhido a população acometida pela doença do coronavírus.

Tem-se observado que a política de Estado em desacreditar a gravidade da pandemia, tem ocasionado um aumento do fluxo de pessoas em atendimento no SUS, pessoas carentes em situação de pobreza, tem que buscar meios de sobreviver pelo trabalho, sem apoio de uma política social para diminuir o impacto da contaminação e disseminação. Além das atividades e programas de saúde e acompanhamento social realizados pelo SUS, a pandemia provocou a necessidade de mais insumos e investimentos na saúde, porém vê-se um posicionamento presidencial oposto ao apoio de políticas públicas.

A pandemia do COVID-19, apontou falhas de gestão quanto às políticas públicas, contribuindo para o sucateamento e o questionamento da funcionalidade do sistema de saúde implementado no Brasil, valendo portanto da consciência dos profissionais de saúde, quanto da sociedade em defendê-lo como garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. CASTRO, C. G. J. VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1** / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania)

ALMEIDA, N. L.T. Magistério Direção e Supervisão Acadêmica / Nei Luiz Teixeira de Almeida / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

AMARAL, A. S. CESAR, M. O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas. / Ângela Santana do Amaral, Monica Cesar / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

AMARAL, A. S. CESAR, M. O trabalho do assistente social nas fundações empresariais / Ângela Santana do Amaral, Monica Cesar / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** / Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Ricardo José Soares Pontes; Tomaz Martins Junior / Revista Panamericana de Saúde Pública, v.8, p.85-91, 2000. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000_v8n1-2/85-91/Pt/.

BARCELOS, W. S. DUARTE, M. J. O. **Políticas sociais brasileiras em contextos de crise [recurso eletrônico] desafios contemporâneos** / Warllon de Souza Barcellos e Marco José de Oliveira Duarte (orgs.). – Dados eletrônicos. – Belo Horizonte : EdUEMG, 2020.

BARBOSA, R. N. B., CARDOSO, F. G. e ALMEIDA, N. L. A. A Categoria processo de trabalho e o trabalho do assistente social. In: **Serviço Social e Sociedade nº 58**. São Paulo, Cortez, ano XIX, nov. 1998, p. 109-130.

BEHRING, E. R. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. / Elaine Rossetti Behring / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: _____. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.302-321.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI I. 1. **Política Social: fundamentos e história**. 9ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, SANTOS, Questão Social e Direitos / Elaine Rossetti Behring, Silvana Mara

Morais dos Santos In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BEHRING. E. R. Política Social no contexto da crise capitalista / Elaine Rossetti Behring / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** / Ivonete Boschetti / 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. da S. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 25-57,

BOSCHETTI, I. A Política da Seguridade Social no Brasil / Ivonete Boschetti / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BOSCHETTI, I. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais / Ivonete Boschetti / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Assessoria, Consultoria e Serviço Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2006.

BRAVO, M. I. O trabalho do assistente social nas instâncias pública de controle democrático / Maria Inês Bravo / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

BRAVO, M. I. S. [et al], (organizadoras). **Saúde e Serviço Social.** / Maria Inês Souza Bravo / 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: *Saúde e Serviço Social*

BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* São Paulo, Cortez, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017.** Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html> Acesso em: 15 de junho de 2021.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Dispõe sobre aspectos destinados a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 04/06/2021

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 258**, DE 07 DE JANEIRO DE 1991. Dispõe sobre implantação e operacionalização, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf> Acesse em: 04/06/2021

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.203**, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996. Dispões sobre a redefinição do modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Ministério do Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>

CARVALHO, S. R. RODRIGUES, C. O. de. COSTA, F. D. da. ANDRADE, H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? / Sérgio R. Carvalho, Camila de O. Rodrigues, Fabrício D. da Costa, Henrique S. Andrade / **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.

CARVALHO, R.: IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, 41 ed., Cortez, 2014.

CFESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais / Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social / Universidade de Brasília**. Centro de Educação a Distância, CEAD – UnB. Brasil - 2009

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CFESS. Série: **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014) – Brasília (DF)**, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Assistente Social Trabalhador(a) da Saúde. Goiânia. Dez/2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf Acesso em 10, mar 2021

COSTA, Francilene Soares de Medeiros. **Instrumentalidade do Serviço Social:**

Dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Dez, 2008.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL (1993). In: **Assistente Social, Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções.** CRESS/ RJ, 2002.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento Econômico, 1996.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil** / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação históricometodológica.** São Paulo: Cortez, 1982

IAMAMOTTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO. M. V. O Serviço Social na cena contemporânea / Marilda Villela lamamoto / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

IAMAMOTO. M. V. Os Espaços Socio-ocupacionais do assistente social / Marilda Villela lamamoto / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). In: Assistente Social, Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002.

LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE ASSISTENTE SOCIAL (Nº 8. 662, de 7 de julho de 1993). In: Assistente Social, Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002.

LEMOS, Raila Amaral. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde - SUS: uma revisão. **Revista de APS. Universidade de São Paulo.** Rev. APS. 2018; out./dez.; 21(4):635 – 645.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e Alienação.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MATOS, Maurílio Castro. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. **Assessoria, Consultoria e Serviço Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2006.

MATTOS, M. C. Assessoria, Consultoria, auditoria, supervisão técnica / Maurílio Castro Mattos / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e**

Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 197.

MENICUCCI, **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias** / Telma Maria Gonçalves Menicucci / ISBN: 978-85-7541-138.4. 1ª reimpressão: 2011 (1ª edição: 2007)

MONNERAT, G. L. SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil / Giselle Lavinias Monnerat; Rosimary Gonçalves de Souza/ **R. Katál., Florianópolis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011
Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNYTnbKfw5HfDH/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 04/06/2021

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 1991

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social.** 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** / José Paulo Netto / 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, Edison et al. **A saúde como direito e como serviço.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** / José Paulo Netto / 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005

NOZAWA. T. N. **Considerações sobre o sistema único de saúde – SUS e o papel do assistente social.** Disponível em:
<<http://unitoledo.br/revista/indez.php/ETIC/article/viewArticle/1960>> Acesso em: 04/06/2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. Folheto informativo 2020. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. **Representação da OPAS e da OMS no Brasil.** Brasília. Disponível: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>> Acesso em 15 de junho de 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões.** / Potyara A. P. Pereira / São Paulo: Cortez, 2008 a.

PIRES, Luis Sevillano. ANDRINO, Borja. LLANERAS, Kiko. GRASSO, Daniele. O mapa do coronavírus: como aumentam os casos dia a dia no Brasil e no mundo. **El País** (16 de março de 2021). Disponível em:
<https://brasil.elpais.com/brasil/2020/03/12/ciencia/1584026924_318538.html?rel=friso-portada> Acesso: 15 de junho de 2021.

SARRETA, F. O. **O trabalho do Assistente Social na saúde.** El trabajo del Asistente Social en la Salud. / Fernanda Oliveira Sarreta / CIÊNCIA ET Praxis. V.1, N.2, (2008).

SANTOS, J. S. **“Questão Social” particularidades no Brasil.** / Joseane Soares Santos / Biblioteca Básica do Serviço Social, v.6. São Paulo: Cortez,2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Proposta do Serviço Social na SMS – nas dimensões do Planejamento, Pesquisa e Intervenção. Fev/2006.

SILVA, José Fernando Siqueira. Pesquisa e produção do conhecimento em Serviço Social. In: Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 6, n. 2, 2007.

SILVA, Jurema Alves Pereira da. O papel da entrevista na prática do serviço social. In: **Em Pauta.** Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 6, 1995.

SMS. Estrutura Organizacional. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.** Portal GYN.GOV. Disponível: <https://saude.goiania.go.gov.br/sobre-a-secretaria/_estrutura-organizacional/> Acesso em: 02/06/2021;;

SMS/ GYN. Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária – CIAMS / **Secretaria Municipal de Saúde – SMS** / Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/centro-integrado-de-atencao-medico-sanitaria-ciams/> Acesso em: 02/06/2021

SMS/GYN. Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) – 24 HORAS / **Secretaria Municipal de Saúde – SMS** / Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/unidade-de-pronto-atendimento-upas-24-horas/> Acesso em: 02/06/2021

SMS/GYN. Centros de Atenção Integrada à Saúde – CAIS / **Secretaria Municipal de Saúde – SMS** / Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/centro-de-atencao-integrada-a-saude-cais/> Acesso em: 02/06/2021

SMS/GYN. Serviços – Atendimento / Secretaria Municipal de Saúde – SMS / Disponível em: <<https://www.goiania.go.gov.br/?s=pronto+atendimento>> Acesso em: 02/06/2021

SMS/GYN. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 / Secretaria Municipal de Saúde – SMS / Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192/> Acesso em: 02/06/2021

SODRÊ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos.** São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./2010. Artigo Científico.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>

SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

STEIN, R. H. **A Descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (Revisão teórico-conceitual)**. / Rosa Helena Stein / In: Revista Serviço Social & Sociedade. 1997. n. 54, ano XVIII. p. 75-96.

UNGARETTI, Carlos Renato. Os BRICS e a COVID-19: Combate à pandemia e cooperação internacional. Núcleo de Estudos do BRICS (NEBRICS) 19 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/nebrics/os-brics-e-a-covid-19-combate-a-pandemia-e-cooperacao-internacional/>> Acesso: 15 de junho de 2021.

YAZBEK. M. C. O significado sócio-histórico da profissão / Maria Carmelita Yazbek / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009)

YAZBEK. M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade / Maria Carmelita Yazbek / In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** (CFESS, 2009).