



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

JOANA DA SILVA JERÔNIMO

**SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE (CAIS)**

**GOIÂNIA
2021**

JOANA DA SILVA JERÔNIMO

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE (CAIS)**

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 Margot Riemann Costa e Silva.

GOIÂNIA

2021

JERÔNIMO, Joana da Silva

SAÚDENO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE(CAIS). Joana da Silva Jeronimo,2020.

52 f.

Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço social- Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás)- Pró- reitoria de Graduação. Escola de Ciências Sociais e Saúde Goiânia-GO 2020-2.

Orientador: Prof. Margot Riemann Costa e Silva.

Palavras-Chave: Assistente social. Política de Saúde. Projeto Ético Político do Serviço Social
Centro de Atenção Integral à Saúde.

JOANA DA SILVA JERONIMO

**SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO
INTEGRADA À SAÚDE (CAIS)**

Monografia defendida no Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Aprovada em 09 de junho de 2021 pela seguinte Banca Examinadora:

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

Prof.^a Dra. Maria Conceição S. Padial Machado
Membro – PUC/Goiás

Prof.^a Ms. Vera Lucia dos Santos.
Membro – PUC/Goiás

GOIÂNIA
2021

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus.

Aos meus pais, irmãos e irmãs, sobrinho e sobrinhas, e aos demais componentes da minha família.

Aos meus professores e amigos de curso, principalmente. Beatriz, Bruna, Eliene, Ramida, Marcos e Cledson.

Aos professores da banca que se dispuseram a estar aqui. Quero agradecer em especial a professora Margot Riemann Costa e Silva, minha orientadora que muito se dedicou para elaboração final deste trabalho e pelo suporte que foi de fundamental importância para minha formação. E também a minha supervisora de campo, Dulciana Maria Perez.

Muito obrigada!

[...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, há simultaneamente, necessidade do Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais pela população (Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde, 1986)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS -	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço social
ABESS -	Associação Brasileira de Ensino em Serviço social
ABRASCO -	Associação de Saúde Coletiva
AMPASA -	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
ANAS -	Associação Nacional dos Assistente Social
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS -	Atenção Primária à Saúde
BIREME -	Biblioteca Virtual em Saúde
BM -	Banco Mundial
CAIS -	Centros de Atenção Integrada à Saúde
CBCISS -	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CF -	Constituição Federal
CFESS -	Conselho Federal de Serviço social
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONAR -	Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho.
DS -	Distrito Sanitário
DNS -	Departamento Nacional de Saúde
FMI -	Fundo Monetário Internacional
IAPs -	Institutos e Caixas de Pensões e Aposentadorias
RSB -	Reforma Sanitária Brasileira
MS -	Ministério da Saúde
MESP-	Ministérios de Educação e Saúde
MTIC -	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NASF -	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF -	Posto de Saúde da Família
PT -	Partido dos Trabalhadores

SUS -

Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente trabalho consiste numa reflexão sobre o Serviço Social na saúde. A pesquisa visa entender a importância da saúde pública, seu desenvolvimento histórico e a inserção do Serviço Social. Foi feita também uma descrição sobre o trabalho do Serviço social na saúde no ambulatório do Cais Cândida de Moraes, em consonância com o Código de Ética e os Parâmetros para a atuação do Serviço social na saúde. A pesquisa baseou-se em fontes bibliográficas e documentais, em especial extraídas do Diário de Campo, confeccionado ao longo do estágio curricular obrigatório. O estudo partiu da seguinte indagação: como se estruturou a saúde pública no Brasil e a inserção do Serviço Social? Concluiu-se que, a despeito de avanços significativos, o acesso universal à saúde ainda não foi alcançado na sua totalidade. A pandemia de COVID 19 que se espalhou no mundo em 2020 e 2021 evidenciou a necessidade de seguir na luta para uma política de saúde bem estruturada.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde, SUS. Serviço social. Centro de Atenção Integral à Saúde, CAIS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	14
1.1 Saúde no período colonial	14
1.2. Primeiras ações no cuidado da saúde no Brasil	16
1.3 A saúde da população brasileira pós 1930	19
2 A LUTA PELA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	24
2.1 O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1980	24
2.2 A VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde SUS	26
2.3 O Serviço social na saúde	29
2.4 O Movimento de Reconceituação no Serviço social	30
2.5 O Movimento de Reforma Sanitária e o Serviço social	36
3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	40
3.1 Parâmetros para a atuação do Serviço social na saúde	40
3.2 O Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) Cândida de Moraes e as atribuições do assistente social no ambulatório	44
CONSIDERAÇÕES	49
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

A escolha do tema de pesquisa surgiu a partir da vivência no campo de estágio no Centro de Atenção à Saúde (CAIS) Cândida de Moraes, localizado na área de abrangência do Distrito Sanitário Noroeste no município de Goiânia.

Este trabalho faz parte do estudo sobre o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil e o Serviço Social. Numa visão qualitativa dialética, a pesquisa visa entender a importância da saúde pública, seu desenvolvimento histórico e a inserção do Serviço social na saúde pública. Foi feita também uma descrição sobre o trabalho do Serviço social na saúde no ambulatório do Cais Cândida de Moraes, em consonância com o Código de Ética e os Parâmetros para a atuação do Serviço social na saúde.

O trabalho do Assistente social tem concretizado a necessidade de obter um saber diferenciado para atuar profissionalmente, desapegando-se do senso comum para interpretar com criticidade as transcorrências do capitalismo.

Dessas experiências percorridas até então, surgiu a seguinte questão: Como se estruturou a saúde pública no Brasil e a inserção do Serviço social?

A hipótese levantada é que no Brasil ocorreu uma longa luta pelo acesso universal à saúde pública, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e que foi muito relevante e a participação dos assistentes sociais.

A ação cotidiana do serviço social está diretamente ligada a questões sociais advindas da estrutura capitalista, na qual não podemos nos furtar a apontar a desigualdade existente, pois a riqueza socialmente produzida por muitos é apropriada por uma pequena parcela da sociedade.

O objetivo principal desta pesquisa é apresentar a trajetória da saúde pública no Brasil e o papel do Serviço social. Como objetivo específico buscou-se compreender as contribuições do Serviço social no ambulatório do Cais Cândida de Moraes no ano de 2018 e 2019.

Para desenvolver este estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos, livros, base de dados na internet, dissertações de mestrado e consultado o Diário de Campo como forma de pesquisa de observação participante. Buscou-se apreender o objeto de pesquisa por meio de diversas obras e autores que realizaram o estudo

sobre o tema proposto neste trabalho, como: Iamamoto (1997, 2000, 2009), Dâmaso (1995), Costa (2009), Cohn (2008), Moreira (2013), Mota (1995), Polignano (2001) Vasconcelos (2003), Bravo (2004, 2009, 2012), ABEPSS/CEDEPSS (1996), além de Legislações como Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a saúde, e a Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988. Na pesquisa documental utilizou-se o Diário de Campo da pesquisadora para fundamentar e apresentar os dados do campo de estágio estudado. Na busca de informações sobre sua evolução histórica da Saúde Pública no Brasil e o Serviço Social.

Esta pesquisa está estruturada em três partes. A primeira trata da trajetória da saúde pública, anteriores a 1988, a segunda traz um breve histórico da saúde pública no Brasil, a terceira parte aborda a história do serviço social na saúde, com ênfase no campo de estágio CAIS Cândida de Moraes e a atuação profissional do Assistente social no ambulatório. Seguem as considerações finais e referências bibliográficas.

1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, da colonização até a década de 1930 os cuidados com a saúde eram fragmentados e pontuais.

Após 1930 iniciaram-se importantes transformações.

Neste capítulo será apresentado um resumo sobre a história da saúde até o momento da Constituição Federal de 1988.

1.1 Saúde no período colonial

No Brasil colônia, os habitantes eram índios, exilados e exploradores, vindos de Portugal, a temática saúde a partir da colonização até o império esteve sempre em segundo plano, os habitantes utilizavam-se de recursos naturais da terra como plantas e ervas e aqueles que necessitassem de algum tratamento de saúde deviam procurar pelos conhecimentos dos curandeiros, barbeiros, etc (POLIGNANO, 2005).

De acordo com o autor, Polignano, (2005, p. 03)

Os tratamentos neste período, eram através, de chás, que até os dias atuais temos o costume de fazer uso, outras maneiras de tratamento de doenças era por meio técnicas de tratamento (sangria), pois os curandeiros ou barbeiros achavam que com a retirada do sangue ruim os doentes curavam (sanguessugas), tinha a função de chupar o sangue e os malefícios do corpo. Para cura ou tratamento de doenças, que existia no país, a falta de conhecimento, a mínima qualidade de higiene, alimentação e moradia, aumentavam a proliferação de epidemias e doenças (POLIGNANO, 2005, p. 03).

Com a chegada dos imigrantes também vieram algumas doenças das quais os índios não tinham conhecimento o que resultava na morte de muitos indígenas, para os colonizadores o interesse era apenas colonizar e explorar o Pau-brasil – Pau-brasil:

Do descobrimento do Brasil até meados do século XX, os médicos e boticários eram pouco aceitos pela população que dominava a arte de curar, na época era dominada barbeiros, curandeiros, benzedeiros, parteiras, etc. Com a chegada dos imigrantes muitos indígenas morreram em virtude de doenças trazidas pelos europeus das quais a população não tinha resistência (POLIGNANO 2005, p. 03).

Neste período, o acesso ao tratamento médico era exclusividade dos ricos, enquanto os pobres, escravos e indígenas não recebiam nenhum tipo de atendimento médico.

Quando os pobres, índios e negros precisavam de algum atendimento a saúde procurava os curandeiros, benzedeiros, e parteiras. Com a falta de conhecimento acerca das doenças, muitas vezes contavam com a sorte que levava à morte. Durante o Brasil Colônia e Império pouca coisa foi realizada no que se refere a política de saúde. Havia a opção de procurar ajuda às instituições religiosas, com as Santas Casas de Misericórdia que prestavam atendimento aos doentes na forma de caridade assistencialista pelos membros da igreja católica sem os conhecimentos da medicina.

As primeiras Santas Casas surgiram em 1543 no Rio de Janeiro e 1547 na Bahia logo após o descobrimento do país, e eram mantidas por meio de doações da comunidade sendo a única opção para pessoas sem condições financeiras. Segundo o autor:

A partir da chegada da Família Real as Políticas Pública de saúde sofreram transformações no campo da política sanitária. Essas tinha como finalidade de melhorar a qualidade de saúde, alimentação, habitação para os trabalhadores. Essa situação permaneceu até 1808, com a vinda da Família Real, a partir daí houve a necessidade de criar uma organização, sanitária, com a capacidade para dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Percebe-se que o interesse de um controle mínimo sanitário na capital, se prolongou por quase um século (POLIGNANO, 2005, p. 03).

A necessidade de uma organização sanitária mínima, não visava prioritariamente a saúde da população e sim garantir a reprodução da mão de obra, mantê-la como mão de obra barata, obtendo assim o desenvolvimento econômico. A organização política do império era centralizada, ou seja, o interesse era atender um pequeno grupo de nobres que tornava inviável dar continuidade e eficiência na transmissão e execução a distância das determinações do comando (POLIGNANO, 2005, p. 03).

As organizações políticas eram pensadas somente para as cidades centrais, ou seja, para atender aqueles que ocupavam os pontos mais industrializados, excluindo a população da zona rural. Esta organização praticamente até 1920 não teve órgãos responsáveis pela normatização ou definição de políticas de saúde. Para

a grande maioria da população não existia a opção de assistência médica estruturada, foi grande a atuação dos farmacêuticos na manipulação de fórmulas, que eles próprios tomavam iniciativas de indicá-los. “Era grande a falta de médicos, em 1789, a cidade do Rio de Janeiro contava com apenas quatro médicos exercendo a profissão” (SALLES, 1971, p. 03).

Em função dessa deficiência, e por causa da proliferação de doenças e pragas, Dom João VI fundou as primeiras escolas de saúde para a formação em físico-mor e medicina-mor. “Em 1808, D João VI, fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico no Hospital Real Militar da cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital” (POLIGNANO, 2005, p. 03). Esses profissionais tinham uma visão de tratamento com atenção voltada para tratamento, cura das doenças, não tinha nenhuma preocupação com a prevenção. Nos interiores, não havia médicos, os doentes seguiam assistidos por curandeiros e parteiras.

1.2. Primeiras ações no cuidado da saúde no Brasil

No final do século XIX, no momento da Proclamação da República, a cidade do Rio de Janeiro não tinha saneamento básico, o que trazia várias consequências negativas, tanto para a saúde coletiva quanto a outros setores. Há exemplos do comércio exterior, em que navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos do Rio de Janeiro devido a situação de intensa proliferação de doenças e pragas.

Diante da situação, foi instituída a Junta de Saúde Pública para desempenhar atividade de desinfecção no combate ao mosquito vetor da febre-amarela. Esta Junta era formada por sanitaristas com apoio do Exército Brasileiro. A falta de esclarecimento somada ao autoritarismo cometidos por “agentes sanitários” provocaram a revolta da população. O modelo de intervenção campanhista foi criado com uma visão militar, onde o uso da força e da autoridade, eram aceitos como instrumentos de preferências na ação o modelo de intervenção campanhista consistia em higienização e calçamento do Rio de Janeiro.

Polignano (2005) destaca que apesar das contradições cometidas na organização campanhista, o resultado no controle das doenças e epidemias foi

positivo, a febre-amarela foi erradicada da cidade do Rio de Janeiro. O modelo proposto se tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Oswaldo Cruz¹ organizou a Diretoria de Saúde Pública, criando uma Seção Demográfica, um Laboratório Bacteriológico, um Serviço de Engenharia Sanitária e de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal. Todas estas instituições, mais tarde foram transformadas no Instituto Oswaldo Cruz

As medidas propostas por Cruz para a vacinação obrigatória para a varíola, desinfecção para combater vetores da febre amarela, mosquito, e da peste, ratos, foram impostas via decreto. A oposição questionou a invasão às garantias constitucionais que interferiam na liberdade individual. A população se rebelou contra as medidas de desinfecção impostas. Houve uma revolta, principalmente por parte da população e dos estudantes, que ficou conhecida como a “Revolta da Vacina”.

Em 1920, Carlos Chagas² reorganizou o Departamento Nacional de Saúde (DNS), então ligado ao Ministério da Justiça, utilizando a propaganda e a educação sanitária como técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial, esta forma de campanha tinha a função de fiscalizar, as favelas, vilas, e portos com a participação da polícia no controle de doenças e pragas. Foram criados órgãos especializados na luta contra várias doenças como: tuberculose, lepra e doenças venéreas. “[...] na tentativa expandir os serviços de atendimento à saúde por todo país com a “Reforma Carlos Chagas” em 1923, Carlos Chagas cria estratégia da união de fortalecer o poder nacional no interior da crise política em curso, a partir de 1922” (BRAVO, 2006, p. 90).

No momento que as epidemias nas cidades foram controladas, o modelo sanitaria direciona sua ação de combate a endemias para os campos, lembrando

¹ . Oswaldo Cruz foi pioneiro na implantação de uma política sanitária no Brasil a partir de 1902, tendo recebido prêmios internacionais pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro. (LIMA; PINTO, 2003, p. 3).

² . Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas foi um médico sanitaria e cientista mineiro, em 1909 identifica o *Trypanossoma Cruzi* popularmente conhecido como barbeiro sendo o agente causador da doença de chagas chefiou a campanha contra a epidemia de gripe espanhola e a erradicação dessa doença lhe rendeu o reconhecimento internacional. Sendo premiado em 1912, com o Schauddim, e o Krummel em 1925 os dois na Alemanha (SALEME, p. 1).

que a agricultura cafeeira era a principal fonte de economia brasileira nesta época. A atuação campanhista foi utilizada pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) no combate a várias endemias (Chagas), mais tarde sendo incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS, 1923). A previdência era contributiva, e atendia os trabalhadores mediante contribuição destes e de empresários.

“A Previdência foi criada para atender os trabalhadores dos portos e a ferrovias durante o período de industrialização no Brasil, uma vez que o país não contava com grande quantidade de mão-de-obra disponível. Desta forma, os trabalhadores com carteira assinada contribuíam com parte dos salários nas despesas com a saúde, voltados apenas na prevenção, campanhas sanitárias e combate às endemias por meio das campanhas de vacinação. (TEIXEIRA, 1986, p. 207).”

No início do século XIX, a principal atividade econômica no Brasil era basicamente a monocultura do café. O ciclo do café continuou por mais de cem anos de 1800 a 1930, o café é uma bebida consumida no mundo, de origem africana, as primeiras mudas de café chegaram ao Brasil em 1727.

Na tentativa de aumentar o atendimento à saúde por parte do poder central, no interior da crise política em curso, Eloy Chaves faz algumas considerações, para que a Lei 862/1923 tivesse aprovação no congresso Nacional, que os benefícios não fossem aplicados aos trabalhadores rurais. Este fato histórico da previdência continuou até 1960. Com a criação do FUNRURAL em 1971 (MOTA, 2008, p.139).

A Lei Eloy Chaves³ foi criada para atender os trabalhadores dos postos, assistência médica, eram oferecidas somente aos trabalhadores dos portos esta Lei só assegurava os trabalhadores dos portos limitando a quantidade de assegurados. Os custos com a manutenção das caixas e de aposentadorias e pensões era mantido pelos próprios trabalhadores com descontos dos seus salários, e outra parcela era descontada das empresas, o Estado não teria nenhuma participação nos custos com as Caixas da aposentadoria e pensões, Eloy Chaves faz acordo para que a Lei n.

³ Eloy Miranda Chaves nasceu em 1876 e faleceu em 1964, foi um *advogado* paulista que foi eleito vereador pelo Partido Republicano Paulista (PRP), escolhido para ser o Presidente da Câmara Municipal, também respondia pela administração da cidade. Em 1909 foi eleito deputado Federal de 1909-1914, foi novamente eleito como deputado Federal em 1919 deu início a uma nova sucessão de mandato que só se encerraria com a Revolução de 1930 (DIAS, 2019, p. 1-2).

862/1923, passar no Congresso Nacional, ela não seria estendida aos trabalhadores do campo, esta lei seria o embrião da previdência.

De acordo com artigo 3º da Lei Eloy Chaves, o Estado não participava do custeio das caixas e pensões elas eram mantidas por; empregados das empresas a participação era descontado 3% dos salários dos trabalhadores, e as empresas descontava 1% da renda bruta; e consumidores dos serviços a mesmas.(Bravo, 2006, p. 26).

A Lei Eloy Chave também trazia em suas diretrizes mecanismos de provisão a serviços funerários e médicos, àqueles contribuintes que tivesse a necessidade de socorro médico ou familiar e dependentes, os custos com medicação seriam previstos por Conselho de Administração, e em caso de morte atenderia com pensão aos herdeiros.

O movimento social acontecia com reflexo das condições insalubres e sociais aos que os trabalhadores estavam submetidos, a exploração da mão de obra estava além das extensas horas de trabalho, a classe operária enfrentava doença por problemas de infraestrutura e por não contar completamente com políticas empresariais internas quanto a segurança do trabalho.

Segue um breve histórico do período:

1923 – Consolidação da Lei Eloy Chaves que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões aos empregados das empresas ferroviárias e portos.

1930 – O Presidente Getúlio Vargas cria o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública desvinculando a saúde pública do Ministério da Justiça.

1941 – A criação de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar no país pela Reforma Barros Barreto.

1943 – Criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

1.3 A saúde da população brasileira pós 1930

A chegada de Vargas ao poder foi um marco na história do Brasil por direcionar a sociedade a uma modernização econômica, social e política dando início a era Vargas dividida em e três períodos; Governo Provisório, Governo Constitucional e Estado Novo, tinha o objetivo de minar o poder da política antiga oligarquia rural (café com leite). As medidas adotadas por Vargas no governo provisório.

Na década de 30 o Estado passou por mudanças na forma de agir interferindo nos rumos da economia, da vida social. Vargas criou o Estado moderno, pôs em movimento um plano que fez o Brasil se tornasse o país capitalista que mais se desenvolveu no século XX. Onde o Estado manifestou-se nas relações de trabalho criando as Leis e decretos que se cristalizaram em 1943, na consolidação das Leis do Trabalho, Por um lado o reconhecimento do trabalho assalariado impôs limites legais a voracidade do capital, a luta operária se encarregou de desmascarar o formalismo jurídico expondo a relação de exploração entre classes dissimuladas sob o manto do contratualismo (FREDERICO, 1991, p. 314)

Na década de 1920, o processo de desenvolvimento agrícola de exportação trouxe aos trabalhadores, péssimas condições de moradia e muitas horas de trabalho. Por estes e outros motivos, os trabalhadores se organizaram junto com os sindicatos para pressionar o governo por alguma garantia trabalhista. Vargas, ao assumir o governo em 1930, na tentativa de organizar o Estado, buscou institucionalizar a política pública de saúde com a criação de dois Ministérios de Educação e Saúde (MESP) e o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC, 1930).

Segundo Mazera (2018, p. 34),

“A política pública de saúde compreende um conjunto de programas, ações e decisões realizadas pelas três esferas do governo nacional, estadual ou municipal, que atingem todos os cidadãos”. Política pública é um mecanismo de ação que proporciona o desenvolvimento do indivíduo em sociedade, ao proporcionar saúde e educação o Estado condiciona cidadãos mais produtivos e instruídos.

O MESP passou a prestar assistência médica individual previdenciária, todo o trabalho educacional e tudo o que dissesse respeito à saúde da população. Ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, coube a gestão das antigas CAPS. A intervenção do Estado na questão social da saúde envolve um conjunto de ações de iniciativas do poder público e da sociedade, destinados a assegurar os direitos restritos à previdência, enquanto a assistência aos pobres ficava por conta do Estado.

A Política Nacional de Saúde, planejada, em 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. Durante a segunda guerra mundial foi criado Serviço Especial Da Saúde Pública (SESP), em acordo com os órgãos do governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller no final dos anos 40. Com o Plano salte, de 1948. Que envolvia as áreas da saúde, alimentação, transporte e energia. O plano apresentava previsões de investimento de 1949 a 1953, mas não foi implementado.(Bravo, 2009, p. 05).

Também a política de previdência social mudou no Governo de Getúlio Vargas, com a criação em 1930 dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPS), que substituíram as Caixas de Pensões e Aposentadorias CAPS (1923). Os IAPS (1930) reduziram a oferta de serviços prestados pelo Estado, contrário às abordagens das CAPS, quando se defendia a inclusão de várias categorias profissionais.

Os institutos foram criados em meio a pressão dos trabalhadores sobre o governo com reivindicações sobre assistência para a classe e suas famílias. Nesse período os IAPS asseguravam apenas os trabalhadores com carteira assinada que trabalhavam nos portos e nas ferrovias. Posteriormente foram incluídos outros trabalhadores urbanos, este fato foi considerado um dos fatores para redução dos gastos com a Previdência Social.

Os IAPS utilizaram do mesmo modelo italiano de previdência, em que cada categoria seria responsável pela gestão de seu fundo. Custeado pelos trabalhadores, empregadores e pelo governo, com incidência da contribuição diretamente na folha de pagamento, os fundos eram administrados por representantes dos três envolvidos. Além dos benefícios de aposentadorias e pensões, o instituto prestava serviços de saúde.

O primeiro IAP criado foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos IAPM (1933), seguido pelo Instituto Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes IAPC (1934) e o IAPB (bancários, 1934), bem como, mais tarde, o IAPI (industriários), o IPASE (servidores do Estado, 1938) entre outros. (GABRIEL, 2017, sem página)

A Caixa de Aposentadoria e Pensão criada em 1923 criada por meio da Lei Eloy Chaves, assinada pelo presidente Artur Bernardes (1922-1926) foi considerada o embrião do Instituto Nacional Previdência Social, foram substituídas em 1930 pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) e em 1966, foram unidas e deram origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atendendo a todos os empregados com carteira assinada, que recebiam assistência médica dos serviços do INPS, hospitais e ambulatório médicos.

A situação da saúde da população no período de 1945 a 1964, com algumas variações principalmente identificadas nos anos de 1950, 1956, e 1963, quanto aos gastos com a saúde foram favoráveis, havendo melhorias nas condições sanitárias,

mas não conseguindo eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos apontava na direção de formação de empresas.

O bloco do poder que se instalou no Estado em 1964 (Regime Militar), muda paulatinamente sua relação com a sociedade civil, estabelecendo novos canais de mediação que tornasse legítima a dominação burguesa. A política de saúde neste período enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário.

A saúde pública cuidava de ações de vigilância sanitária e o controle de doenças transmissíveis. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada no setor público apenas para os assegurados do sistema da previdência. Em 1975, a legislação regulamenta o Sistema Nacional de Saúde, consagrando a divisão de ações de alcance coletivo em saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e ações individuais de natureza curativa, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (BARROSO, 2008, p. 20).

No ano de 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com objetivo de atender os segurados do INPS. Os atendimentos nos hospitais credenciados no INAMPS ficavam apenas em 30% dos segurados. Em 1990, o INPS se funde ao Instituto de Administração Financeira da Previdência (IAPAS), dando origem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A Resolução 283/1991 define a gratuidade total de internação no Brasil pelo instituto (BRASIL, 1991).

A assistência à saúde era dada a quem tinha condições de contribuir, aqueles que trabalhavam com carteira assinada, do qual era descontado partes dos salários, suas famílias não tinham acesso às assistências, esta situação gerou conflito entre os contribuintes e os excluídos.

Os benefícios ficavam à disposição daqueles que contribuía. Esta estrutura de assistência foi pensada na perspectiva de fortalecer o capital. O pensamento que rege os programas assistenciais é o de salário social indireto, que anexa a vários serviços de saúde, enquanto o trabalhador contribui junto a classe, com objetivo de utilizar esta contribuição no futuro. São incluídos diversos benefícios e estes serviços

são pagos pela dedução direta dos salários dos trabalhadores. O piso salarial é rebaixado em razão do aumento do custo de vida com a contribuição dos empregadores, transferidas para os preços dos produtos.

A mudança significativa na política de saúde no Brasil ocorreu a partir de 1988, com a aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988. Um dos fatos importantes que legitimou a política de saúde do Brasil foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

2 A LUTA PELA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O SUS foi instituído no Brasil pela Constituição de 1988. É um dos sistemas de políticas públicas de saúde mais importantes no mundo, e oferece desde um simples atendimento ambulatorial como aferição de pressão até o transplante de órgãos. Com princípios modernos: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social que todo cidadão tem direito à saúde e acesso a todos os serviços públicos de saúde de forma integral a partir da ação de movimentos sociais de estudantes, sindicalista e de trabalhadores urbanos e rurais.

As características fundamentais com os princípios do SUS:

O Princípio da Universalidade: diz respeito à garantia de todos os usuários ao atendimento de serviços em saúde gratuito e de qualidade”. É garantia constitucional de acesso de toda população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceito de qualquer espécie” (AGUIAR, 2011, p. 50).

O princípio da Equidade: é de suma importância na busca em assegurar o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, garantia para qualquer pessoa enquanto cidadão. “Todos devem ter acesso igualitário à saúde respeitando as especificidades de cada caso, de cada indivíduo” (SANTOS, 2016, p.34). Esse princípio é regido pela igualdade na atenção à saúde, sem preconceito e sem privilegiar qualquer indivíduo.

O princípio da Integralidade constitui um dos princípios fundamentais se consiste no conjunto de articulações entre a prevenção e a promoção e a recuperação visando o melhor atendimento tanto individual como coletivo.

2.1 O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1980

Durante os anos de 1980 e 1990, a sociedade passou por um processo de democratização política, superando o regime ditatorial que tinha se instaurado em 1964. Porém, as mudanças democráticas não trouxeram as vantagens que se

esperava para a população. Novos segmentos sociais passaram a discutir as condições de vida e a saúde da população, e buscaram apresentar propostas para o setor. Isto contribuiu para um amplo debate que transpôs a sociedade civil, ao que a saúde deixou de ser interesse de técnicos, para assumir um âmbito político, num contexto de debate da democracia.

A Reforma Sanitária Brasileira carrega diversas reflexões sobre o que fundamentalmente a mobilizou, trazendo uma junção de demandas sociais e políticas e econômicas. A luta em prol do fim da ditadura militar apresentava uma instabilidade social, e revelava uma grande divisão dos que tinham acesso ao sistema de saúde entre aqueles que quem possuía e quem não possuía cadastro e contribuição junto a previdência, pontuava a necessidade e mudanças para viabilização das políticas de controle e prevenção de doenças e endemias (BRASIL,2011).

Por meio do movimento de redemocratização aumentou-se os ideais pela reforma da sociedade brasileira tanto a participação de diversos atores sociais, coletivos, pessoas de destaque e os sanitaristas passaram a ocupar postos importantes no Estado. Assim, a busca pela democratização na saúde ganhou força no movimento de Reforma Sanitária, continuando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, servindo de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No evento os participantes denunciavam os abusos nos gastos na saúde e cobravam por ações de garantia de direitos da população, como acesso à políticas públicas de saúde.

O movimento social se fortaleceu com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988 a “nova ordem” jurídica assentada na Constituição declara o Brasil um Estado democrático de direitos. A saúde é proclamada como: “direito de todos e dever do Estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e a participação social, para efetivar os princípios constitucionais, que garanta direito individual e social”, segundo o artigo 196º da Carta Magna. Trata o direito à saúde no capítulo II do título VIII intitulado “ordem social” (BRASIL, 2015, p. 60, 61).

As políticas públicas no país passaram por várias modificações que foram realizadas de acordo com as formas de governo assumidas. “O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil que vem sendo construído desde 1970, consegue avançar

na elaboração da proposta de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiativo do setor privado” (BRAVO, 2006, p. 32).

Os ideais da Reforma Sanitária surgiram em ambiente acadêmico no início da década de 1970, como oposição ao regime militar que governava na época. Esse movimento contribuiu com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. O evento contou com participação de um número significativo de representantes de todos os segmentos da sociedade civil que debateram uma modernização da matriz da saúde para o país, sendo reconhecido como direito fundamental do ser humano. Nessa perspectiva, a saúde passou a ser um direito universal do cidadão e dever do Estado. As propostas desta reforma eram a universalização do direito à saúde, que mais tarde se tornou oficial com a Constituição de 1988, e a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a história da Saúde Pública no Brasil.

2.2 A VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde SUS

O surgimento do SUS conforme observado historicamente se deu por uma série de movimentos sociais e políticos no intuito de contornar as ‘revoltas’ das classes menos abastadas, as preocupações sanitárias reforçaram a necessidade de controle de doenças e pragas que atingiam a mão de obra em um país em processo de desenvolvimento democrático e industrial, levando a mobilização de alguns setores mais progressistas e profissionais de saúde preocupados com índices de mortalidades.

Entre as décadas de 70 e 80, o movimento de Reforma Sanitária sucedeu aos movimentos sociais e políticas públicas, resultando na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A gênese do SUS amparado na Constituição Federal de 1988, com objetivo de assegurar que a saúde começasse a ser direito do cidadão e dever do Estado, universal acesso a todos os bens e serviços de saúde. “[...] pontuam que este movimento foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulado ao movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. Tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS)” (POTYARA, 2007, p. 46).

Foram debatidas as propostas de universalização do acesso; a concepção de saúde como direito e dever do Estado; nova estruturação do setor por meio de um sistema unificado de saúde, visando um profundo reordenamento do setor com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo nas tomadas de decisões compreendendo as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão; e os conselhos de saúde. Os temas centrais debatidos na VIII Conferência Nacional de Saúde foram: I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais, mil foram designadas para discutir a organização da saúde no país. O relatório desta conferência serviu de base para a fomentação e negociação dos defensores da Reforma Sanitária na renovação da Constituição Federal (BRAVO; MATOS, 2006, p. 32-33).

Para Sérgio Arouca (1987, p. 36) “[...] a saúde não é simplesmente não estar doente, é mais que isso é um estado de bem-estar social, é o direito ao trabalho, salário condigno, água tratada, vestimenta, educação, e até a informação”, com que se pode dominar o mundo e transformá-lo. É também ter direito ao meio ambiente tranquilo, isento de agressão, um espaço que permita a existência de uma vida digna e livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo. O documento criado ao final do evento era um esboço para a criação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 trouxe a saúde, a previdência social e a assistência social como fragmentos da agenda da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 da CF/88 determinam que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, e instituem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um Sistema Único ” (BRASIL, 2008, p.55).

Este processo de constituição do direito na carta magna não foi fácil, o embate da saúde se deu em dois blocos opostos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), esta última defendia a privatização dos serviços de saúde e o “Plenária Nacional de Saúde”. Este debate refletia a defesa dos ideais da Reforma Sanitária, resumia-se: a democratização do acesso e universalidade das ações e a descentralização do

controle social; a compreensão que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2008, p. 55).

“A vitória das propostas da Reforma Sanitária deve-se a eficácia da plenária por sua capacidade técnica e pressão sobre os constituintes, e a mobilização da sociedade em torno da Ementa Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta entidades. A Lei Federal 8.080 de 1990 regulamenta o Sistema Único de Saúde. De acordo com a legislação, os objetivos do SUS são: Identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; Formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; Fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas”. (BRAVO, 2009, p. 97).

A saúde passou a ser um direito fundamental assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. A Carta Magna trata a saúde no Capítulo II do Título VII, artigo 196 onde cita que é direito constitucional e dever do Estado garantir por meio de políticas sociais e econômicas a redução de riscos de doenças e outros agravos e o acesso a universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei n. 8.080/1990, no seu artigo 2º assegura que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover condições indispensáveis para o seu exercício” trazendo novo conceito a nova ordem social tendo como base o bem-estar social, e justiça social nesta perspectiva a Constituição Federal de 1988 estabelece no seu artigo 6º como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde o trabalho, lazer, previdência social Proteção maternidade infância (BRASIL, 1988).

Após a aprovação do SUS, outros sujeitos de direitos que exigiram proteção específica também foram reconhecidos, entre eles os povos indígenas, crianças, adolescentes, deficientes físicos, entre outros. Neste momento é visível que a sociedade brasileira deu um passo de extrema importância em direção à cidadania. O reconhecimento da proteção e promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência dos cidadãos e do Estado, que nos arremete.

A partir da efetivação do SUS foi possível reunir forças sociais, profissionais e políticas que compreendiam a necessidade de um recomeço histórico para uma sociedade jovem e desenvolvimento. Por mais que se reconheça o SUS como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde no mundo, este enfrenta desafios

devido às constantes mudanças de política de governo, há aqueles que promovem maior investimento e aqueles que permitem o sucateamento voltados para uma vertente neoliberal da saúde. Em muitas regiões os baixos investimentos na saúde pública refletem na prestação precária dos serviços aos usuários, longas filas de espera, poucos leitos para o suporte às internações e casos cirúrgicos.

Por outro lado o SUS, é responsável por desempenhar grande progresso na área de saúde no Brasil, as unidades escolas ligadas as universidades federais de medicina, realizam atendimentos gratuitos desde procedimentos ambulatoriais a cirurgias de alto grau de complexidade.

2.3 O Serviço social na saúde

A ampliação do Serviço social no Brasil, ocorreu a partir de 1945, devido às condições e necessidades do capitalismo no Brasil e às mudanças ocorridas no meio internacional, em função do final da Segunda Guerra Mundial. O sistema capitalista objetiva o lucro em contraponto ao prejuízo da mão de obra dos trabalhadores que viviam em extrema pobreza, a questão social como consequência (IAMAMOTO, 2001, p. 27). Assim, para a autora, a influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional, com alteração curricular, como nas instituições prestadoras de serviços.

O Serviço social teve suas origens dentro da igreja católica e tinha como visão preparar os operários para o capitalismo industrial este período e conhecido como conservador, e tinha o objetivo de preparar a população para o sistema – sócio-econômico e político da época, “O Serviço social é uma especialização do trabalho da sociedade inscrito na divisão social e técnica do trabalho social” (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

Neste contexto, para desempenhar as atividades nos centros de saúde, contavam com profissionais como médicos, enfermeiras e visitadoras (pode ser substituído por inspetoras de saúde?). Os assistentes sociais formaram parte nestes centros de saúde só em 1975. “O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da população, com relação aos hábitos de

higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (Bravo, 2009, p. 92).

A exigência naquele momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. A viabilização e a participação nas instituições e programas de saúde era uma ação considerada importante para os assistentes sociais. Esta atividade teve repercussão na profissão nos trabalhos de desenvolvimento das comunidades (BRAVO, 2006, p. 30).

2.4 O Movimento de Reconceituação no Serviço social

O Serviço social enfrentou grandes transformações, no pós-1964, que refletiu diretamente no trabalho do Assistente social, na área da saúde. Assistentes sociais progressistas já no início da década de 1960 questionavam a direção do Serviço Social, porém não conseguiram operar transformações naquele período. Esta situação começou a modificar, após o debate junto aos profissionais, que questionavam o conservadorismo (BRAVO, 2006)

O Serviço social nasce como uma profissão em que estabelece sua função ocupacional em que se observa a questão social que é eminente às diretrizes dos direitos, no espaço da família, saúde, trabalho, educação, dos idosos, das crianças e adolescentes, grupos étnicos, dos direitos humanos – discriminação de gêneros, raça etc, do meio ambiente, daquilo que envolve socialização e demandam projetos e ações sistemáticas.

Os assistentes sociais, exercem um papel social de grande relevância, são responsáveis pela elaboração, execução e avaliação de políticas públicas, podem proporcionar assessoria a movimentos sociais e populares, são aptos ao diálogo entre o poder público e cidadão. O processo de reconceituação iniciado na década de 60 pode desvincular-se de uma composição tecnocrata e conservadora para estabelecer coletivamente um projeto ético-político e currículo em que as políticas sociais e direitos fazem-se presentes na mediação e formação social (CFESS, 2011-2014).

O Serviço social passa na década de 60, pelo Movimento de Reconceituação, o ideário deste movimento era romper com a prática tradicional vigente, resultando numa definição de direção política e ideológica da profissão, comprometida com a

defesa dos direitos da classe trabalhadora e com vistas à construção de uma nova ordem societária. Estes preceitos foram incorporados ao Código de Ética Profissional em 1993 (IAMAMOTO, 2001, p. 205).

O Movimento de Reconceituação do Serviço social foi um fato importante para transformação desta Profissão, estabeleceu uma aproximação com a proposta marxista, o que lhe rendeu uma visão crítica da prática profissional focada na realidade social procurando um melhor desempenho na ação profissional ao atender a questão social, vinculados às bases teóricas metodológicas, na busca de superar as práticas tradicionais. Este novo contexto histórico do movimento de Reconceituação do Serviço Social teve início no período da Ditadura Militar no Brasil.

O Serviço Social passou, nesse período, por um processo de aperfeiçoamento teórico. Período este que o Brasil se encontrava em mobilização de grande proporção política, pelo fim da ditadura militar e a redemocratização do país, ao tempo que o movimento de reforma sanitária buscava a universalização do acesso à saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço social, em face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço social no período de 1965 a 1975 foi o Centro Brasileiro de Cooperação Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCIS), que difundiu a perspectiva modernizadora, no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes nos pós 1964. (BRAVO, 2006, p. 31).

A perspectiva do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCIS) teve como pilar, a temática do Serviço social como integrador no processo de desenvolvimento, subsidiado pelo estrutural-funcionalismo norte-americano. Não buscava questionar a ordem sociopolítica, a preocupação era inserir à profissão um modelo teórico e metodológico, que prevalecesse o sistema capitalista.

O Serviço social passa a receber influências da modernização conservadora que se operou no âmbito das políticas sociais, acumulando sua atividade na prática curativa, primordialmente à assistência médica previdenciária, área de maior oferta empregatícia a estes profissionais. Ressaltam-se as técnicas de intervenção,

burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO, 2006).

Entre 1964 e 1974 a política de saúde desenvolveu-se com base na continuidade e manutenção do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, complexos médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

O Movimento de Reconceituação se deu em três esferas: reatualização do conservadorismo, perspectiva modernizadora e a intenção de ruptura. Fomentada pelo interesse das forças imperialistas que procuravam expandir o capitalismo no país, e ao mesmo tempo impedir a expansão do que consideravam movimento comunismo na América Latina. A ditadura começou com o Golpe de 1964, articulado por militares que apresentavam dois pontos: ideológica e repressiva. Disseminavam uma pregação ideológica tradicionalista apontando a população que sua forma de governar era para proteção desta e para o desenvolvimento do país, desta forma garantia a reprodução de seu ideário. Aqueles que se manifestavam contrários eram submetidos a violência física, moral, que provocava a morte ou exílios (NETTO, 2005).

Por certo período o trabalho dos assistentes sociais esteve sujeito à autocracia burguesa e agia como meros operadores de políticas sociais, e trabalhavam para a conservação e controle da sociedade. As mudanças no país e a reorganização da sociedade no Estado, exigiram um novo cenário para o Serviço social em dois âmbitos: o da prática e da formação profissional. (NETTO, 2005,)

O Serviço social, no início da formação profissional, em primeiro momento se apresenta como reprodutor do ideário tradicional, com prática, caritativa, assistencialista, essa prática era reforçada pela autocracia burguesa. De acordo com Netto (2005, p. 18):

Esta forma de agir profissional atendia as duas necessidades na preservação dos traços subalternos do exercício profissional, de forma a continuar contando com executores de políticas sociais, ao mesmo tempo que lidava com projeções profissionais conflituosas com os meios e os objetivos que estavam alocados às estruturas organizacional-institucional em que inseriram tradicionalmente o assistente social.

Houve um crescimento do mercado de trabalho para o Serviço social, as novas demandas exigiam profissionais com novas características. Um novo modelo de Estado, que visava a permanência no modelo econômico anterior, achou na implantação e modernização de indústrias e reprodução do capital, encontrou no êxodo rural um inchaço populacional, que trouxe miséria, violência, e muitas outras questões sociais para sociedade brasileira.

O mercado de trabalho exigia do Assistente social, aspectos contemporâneos, que atendessem os requisitos de uma racionalidade burocrático administrativa em meio a “modernização conservadora”. Desde que seu desempenho fosse compatível com as normas, fluxos, rotinas e finalidades dominantes da racionalidade (NETTO, 2005, p.123). Para o autor a autocracia burguesa exigia uma postura profissional que agissem com racionalidade, desta forma o Assistente social tem uma significativa mudança na sua atuação profissional.

O Serviço Social passou a comunicar-se com diversas disciplinas a citar: ciências sociais, psicologia, antropologia, sociologia, contando também com disciplina do viés da ditadura militar. Esta última era exigência que se faziam no mercado de trabalho postos na esfera da ditadura militar. Com a entrada das ciências sociais nas universidades, o Serviço social começou a ter uma postura crítica para seus fundamentos (NETTO, 2005).

Para o autor, é neste momento histórico que surge o processo de renovação do Serviço Social. Mas o que vem a ser renovação? Segundo o dicionário Aurélio, do ponto de vista etimológico renovação é ‘tornar-se novo’, ‘como novo’, ‘modificar,’ ‘introduzir novos elementos’, substituir por algo novo do mesmo tipo. Assim, esta renovação trouxe uma nova forma de agir profissional, principalmente romper com as práticas tradicionais do início da profissão Netto (2005, p. 131).

Sabemos que renovação é um conjunto de características novas, que no marco das contradições da autocracia burguesa, o Serviço social articulou, à base do rearranjo de suas tradições, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, valorização teórica, mediante a remissão às teorias mediante e disciplinas sociais.

O Movimento de Reconceituação, segundo IAMAMOTO (2001, p. 205) “é dominado pela contestação do tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: seus fundamentos ideo-teóricos de suas raízes sociopolíticas[...]”. Essa postulação compreende a prática profissional no intuito de buscar ao Serviço social, novas vias aos fundamentos teóricos-metodológicos.

Segundo Netto (2005, p. 32) a renovação do Serviço social implica na multiplicidade da formação do profissional, perspectivas diversificadas que é “[...] radicado nos procedimentos diferentes que embasam a legitimação prática e a validação teórica, bem como nas matrizes teóricas a que elas se prendem”.

Três perspectivas são apresentadas por Netto (2005) neste processo de renovação do Serviço social: perspectiva modernizadora é a primeira do processo de renovação do Serviço social no Brasil, e começa a ganhar força durante a crise do tradicionalismo da profissão. Ela tem como marco principal adequar o Serviço social aos quesitos do processo sociopolítico advindo do golpe militar.

Para Netto (2005) essa perspectiva modernizadora para as idealizações profissionais, foi um esforço no sentido de encaixar o Serviço social, enquanto instrumento de intervenção, inserido num conjunto técnico social a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista da sociedade. Por essa perspectiva foi possível se adequar ao governo através de um posicionamento tipicamente estrutural-funcionalista. Buscou nuances de instrumentalidade, onde sua diretriz profissional consistia em adquirir conhecimentos técnicos capazes de interferir na sociedade, a perspectiva tem seu ápice por meio de documentos fundamentais: o seminário de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço social (CBISS).

Percebe-se a preocupação dos profissionais de Serviço social com o aperfeiçoamento do instrumental operativo com procedimentos metodológicos e técnicos, como também os padrões de eficiência. O eixo que atravessa o seminário de Araxá e o transformismo a conservação do Serviço social tradicional sobre novas bases, já no documento de Teresópolis o moderno se sobrepõe ao tradicional. Cristalizando-se operacional e instrumentalmente.

Netto (2005) salienta que se o Tratado de Araxá ficou marcado por cunho sócio e técnico, Teresópolis se assenta na operacionalidade de Serviço Social, agora relacionado à administração tecnoburocrática. Essa perspectiva finda-se nos seminários da Sumaré e Alto da Boa Vista, onde aparecem pontuações da relação do Serviço social com a cientificidade: a fenomenologia e a dialética. Segundo o autor a “Documentação de Sumaré e do Alto da Boa Vista está para o deslocamento da perspectiva modernizadora assim como estão, para o seu momento ascendente, os documentos de Araxá e Teresópolis” (p. 195).

A segunda perspectiva, de acordo com o autor, é a progressão do conservadorismo manifestada no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores. Compreende-se que no processo desta progressão do conservadorismo, buscou-se aperfeiçoar remotas práticas de acordo com os quesitos do perfil profissional, ou seja, buscou-se mantê-las num viés mais crítico que pudesse apresentar argumentos plausíveis para adentrar a nova prática profissional.

Essa perspectiva admitia a progressão do conservadorismo, embutindo-o numa proposta aberta e em construção (NETTO, 2005, p. 2030). E, neste contexto, cabe aferir que o embasamento conservador não foi erradicado do Serviço social, com vistas na seção precedente, inquiriu particularmente o seu vetor reformista e subornou a suas e expressões às condições das novas exigências que a modernização conservadora colocou ao exercício profissional.

Netto (2005) aponta a demanda de subsídios teóricos do pensamento fenomenológico, surge como faceta mais proeminente das colocações significativas dos autores. Em suma, a progressão do conservadorismo não impõe mudanças significativas no agir profissional, pois, mantém em seu seio, algumas práticas retrógradas.

A terceira perspectiva é a intenção de ruptura, esta pretendia romper totalmente com o Serviço social tradicional, propondo mudanças em seu procedimento metodológico, ideológico e teórico com seu conservadorismo, a tradição positivista, Nessa “perspectiva o Serviço social tem uma aproximação do pensamento marxista, que era visto de forma progressiva na sociedade” (IAMAMOTO, 2006, p)

A perspectiva do intuito de ruptura devia ser construída sobre bases primordialmente novas, “para romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e práticas profissionais” (NETTO, 2005, p. 250). Constituir uma nova vertente do Serviço social.

Já de acordo com Silva (2009, p. 25), “[...] passando-se a questionar sua história com interesse do bloco do poder”. Esta perspectiva se dá em momentos distintos da sua consolidação acadêmica e da sua ação sobre a categoria profissional. Esta perspectiva tem caráter contraditório à autocracia burguesa, se caracteriza pela formação de uma legião crítica de assistente social que se dispôs a encontrar alternativas para superação da prática do Serviço Social tradicional. Sua emersão é baseada, principalmente, no método Belo Horizonte (BH) que surgiu na Escola.

O Serviço social se apropria das teorias marxistas, pois acreditavam na mudança social. Porém, se guiaram por uma vertente revolucionista acreditando serem agentes transformadores, equivocando-se em suas instruções. Configurou-se um momento oportuno para reflexões dos ideários e práticas do Serviço social.

O Movimento de Reconceituação do Serviço social foi um o acontecimento importante na para mudanças na Profissão, ela têm sua primeira aproximação com a tradição marxista, o que lhe rendeu uma visão crítica da prática profissional com foco na realidade social procurando um melhor desempenho na ação profissional ao atender a questão social, pautados em bases teóricas metodológicas na busca de superar as práticas tradicionais do Serviço social (IAMAMOTO, 2001, p. 205).

O Movimento de Reconceituação permitiu uma estruturação inovadora do Serviço social, guiando-o para um caminho mais efetivo da profissão sustentado por políticas de desenvolvimento humano, compreendendo as necessidades de classe e transpondo o fator assistencialista enraizado no exercício da função no período descrito.

2.5 O Movimento de Reforma Sanitária e o Serviço social

Junto a busca pela modernização tanto em aspectos econômicos como social, a década de 1980, representou a crise do Estado brasileiro – um rompimento com as demandas geradas pela ditadura militar e a fundamentação de uma constituição que

abraçasse as questões sociais, das irregularidades na atenção a saúde, do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira.

O Serviço social passava no mesmo período por um processo interno de questionamento, realizando uma negociação com o tradicional, anterior a década de 1980, provendo um amplo debate à nova direção a ser dada à profissão. Compreender tais eventos são importantes para o entendimento da profissão hoje, revela o processo de ponderação quanto a tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, com propósito de ruptura e diálogo com a tradição marxista, rompendo com o tradicionalismo (TEIXEIRA, 1987, p. 98).

[...] Serviço social na área da saúde nos anos 1980, passou por uma mudança de posições, tais como: a postura crítica dos trabalhos em saúde, apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistente social de 1985 e 1989. a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço social (ABESS), Associação Nacional dos Assistente social (ANAS) e Conselho Federal de Assistente social (CFAS), para o Serviço social do Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência (INAMPS) [...]. Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço social na área da saúde chega a década de 1990 ainda com uma incipiente alteração na prática institucional. Continua, como categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, isso sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde (BRAVO, 2006, p. 35)

Este contexto permite perceber que o serviço social enfrenta o desafio de superar a articulação de cada política de governo que se estabeleceu ao longo de sua constituição, pois as visões assistencialistas que outrora a fundamentavam provocavam divergências entre as demandas sociais que se ampliaram com a Reforma Sanitária. Busca-se nesse ponto uma fomentação do Código de Ética da profissão, explorando nas questões sociais uma consciência ética e política de caráter humanista e universalista, intimamente progressista.

Houve na década de 1980 e 1990 uma amplificação do ideário e políticas neoliberais no Brasil. O governo privatizou empresas, restringiu a responsabilidade do Estado junto às políticas sociais, desencadeando um aumento do número de pessoas

desempregadas. Diante dessas circunstâncias o Serviço social se restringiu apenas em atendimento individual como forma de intervenção, utilizando a metodologia de caso, grupo ou comunidade, como forma de aplicar a assistência necessária. O período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país se deu no Governo do presidente Fernando Collor de Mello.

No governo de Fernando Collor de Mello, houve a primeira tentativa de implementar o projeto neoliberal no país, por meio de duas propostas de alterações fundamentais: a primeira é o Plano Real e a segunda é a contra-reforma do Estado. O Projeto político-econômico neoliberal consolidado no Brasil nos anos 90 confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço social, tecido desde 1980, e com o projeto da Reforma Sanitária. O Presidente Collor veta a implantação do Sistema Único de Saúde (FALEIROS, 2006, p. 23).

Segundo Pacievtch (2006, p. 02), no Governo de Itamar Franco, as providências ajustadas foram: congelamento de preços, com objetivo de estabilizar a crise econômica que se agravava, “Plano Real foi um programa brasileiro de estabilização econômica que promoveu o fim da inflação no Brasil, situação que durava aproximadamente trinta anos”. O plano real foi um programa do governo Itamar Franco com o intuito de combater o alto índice de inflação que o país enfrentava naquele período.

A Nova República deparava agora com um movimento sanitário mobilizado e articulado com um grande acúmulo histórico de alguns anos de luta, e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além, de técnicos políticos que trabalhavam como servidores públicos nos Ministérios da Saúde da Previdência e da Assistência Social.

O Serviço social é marcado pelo conflito político e econômico que se instala no Brasil, de um lado a burguesia buscando a manutenção ideário social, do outro as classes forjando uma ruptura com um sistema exploratório e no meio diretrizes políticas que engessaram reações dos profissionais que buscavam mudar toda uma conjuntura assistencialista que deu origem a atividade.

“Na sociedade capitalista, a ação política se objetiva como luta pela hegemonia realizada no espaço público, entre projetos vinculados a interesses de classe, em um contexto estrutural onde as relações sociais, em geral, e as políticas, em especial, são determinadas predominantemente pelo comando do capital.”(CFESS, ABEPSS, 2009-2010, p. 207 versão digitalizada)

Explicita, portanto, o carácter incoerente da política que se instalava, voltada quase exclusivamente para manutenção do interesse da classe dominante, provendo ampliação da vulnerabilidade da classe menos abastada. O Serviço social nesse aspecto buscava e ainda buscar mecanismos que promovam uma diminuição das desigualdades sociais, trata-se de uma profissão que promove a reflexão dos aspectos que problematizam as relações sociais.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

3.1 Parâmetros para a atuação do Serviço social na saúde

Os Assistente social são profissionais graduados no curso do Serviço social, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), o curso tem duração de quatro anos, com registro no Conselho Federal de Serviço Social (CRESS). A profissão é regulamentada pela Lei Federal n. 8.662/1993, que estabelece suas competências e atribuições. Trabalha em vários espaços ocupacionais, público ou privado, estabelecidos nos artigos 4º e 5º.

Segundo AGUIAR (1995 p.29) as primeiras escolas de serviços sociais no Brasil surgiram no final de 1930, com o processo de industrialização e urbanização. De 1940 a 1850 o Serviço Social foi reconhecido como profissão é regulamentada na Lei nº 3.252/1957.

Com as diversas transformações sofridas pela sociedade, o Serviço social vê a necessidade de uma nova regulamentação. Reformulada pela Lei 8.662/1993, no mesmo ano em que foi instituído o Código de Ética, expressando o Projeto Ético Profissional contemporâneo comprometido com a democracia e com o acesso universal, aos direitos sociais, civis e políticos. A prática da profissão é orientada pelos princípios e direitos da Constituição Federal de 1988, e na legislação complementar referente às políticas sociais e aos direitos da população. Sem discriminação nenhuma no atendimento profissional (IAMAMOTO; BARROCO, 2012, p. 113 -170, 178,199).

De acordo com dados do Código de Ética do(a) Assistente social (2011, p.13 - 57), no Brasil tem aproximadamente 190 mil profissionais com registros no 27 (CRESS), um em cada Estado em 2005. “De acordo com o Conselho Federal de Assistente Social a profissão de assistente social é composta a maior parte por mulheres, pouco mais de (90%) sendo (80%) da categoria trabalha na área pública”. A saúde, a assistência social⁴, e a previdência social são as áreas que empregam os

4

Assistência social: política pública prevista na constituição Federal e direito de cidadão e cidadã, assim como saúde, educação e previdência social. É regulamentada pela Lei

profissionais, com jornadas de trabalho de 30 horas semanais (CÓDIGO DE ÉTICA DO(A) ASSISTENTE SOCIAL, 2011, p. 13-57)

Para Yamamoto (2007, p.5) “[...] a atuação dos Assistente social no Brasil é majoritariamente na esfera pública”, na formulação de planejamento e execução de políticas sociais com ênfase às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, etc. com carga horária de 30 horas. Em que, a profissão Assistente social é composta por mulheres.

A pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço social sobre o perfil dos Assistente social no Brasil, com base de dados em 2004 [...], consta que, no nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam nas instituições públicas, das quais 40,97% destes profissionais atuam no âmbito municipal, 24% estadual e 13,19% federais. (IAMAMOTO, 2007, p. 5).

Os assistentes sociais trabalham em diversos espaços ocupacionais, nas articulações de direitos sociais e políticas públicas, os serviços para o Estado na época, era denominado ‘assistencialismo’⁵ como forma mediata e não no sentido de continuidade, como um favor e não um direito.

A intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde é citada no documento intitulado “Os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde” (2014, 2017). Faz parte do grupo de trabalho denominado “Serviço social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2008, que incorporou nas suas discussões a sistematização das deliberações nos 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS.⁶

O documento procura responder a um pleito da categoria em torno de orientações gerais, as respostas profissionais a serem dadas pelos Assistente social às demandas identificadas no cotidiano na área da saúde, e aquelas ora requisitadas pelos usuários ou pelos empregadores desses profissionais. Dessa forma, de maneira expressa a totalidade das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde,

Orgânica da Assistência Social (LOAS), constituindo - se como uma das áreas de trabalho de assistentes sociais.

⁵ Assistencialismo; forma de oferta de um serviço por meio de uma doação, favor boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito.

⁶ O 36º/37º Nacional Encontro Nacional CFESS/CRESS. Foi significativo no fortalecimento dos conselhos da profissão de Serviço Social e do Projeto Ético Político.

considerando as particularidades das ações desenvolvidas na atenção básica, média e alta complexidade em saúde.

A política de saúde se organiza em três níveis de atenção: básica, secundária e terciária

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. “Fica claro, que a atenção básica em saúde seja entendida como orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deve ter uma visão integral de assistência a saúde para a população” (CONASS, 2007, p. 11).

A atenção de média complexidade necessita de um atendimento com especialistas na tentativa de sanar os principais problemas relacionados a saúde pública, bem como o uso de recursos tecnológicos no diagnóstico e tratamento de doenças, e procedimentos especializados realizados por profissionais técnicos e médicos, cirurgias ambulatoriais, patologias clínicas, exames de ultrassom, fisioterapia, etc.

Atenção média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (Coleção Progestores para entender a gestão do SUS, 2011, p. 12).

A atenção ao objetivo de alta complexidade é viabilizar o acesso do usuário do SUS aos procedimentos de alto custo, que envolve alta tecnologia, proporcionando à população o acesso aos serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio de procedimentos diálise), assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; assistência em cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, dos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos entre outras (BRASIL, 2009, p. 13).

As atribuições e competências dos assistentes sociais em qualquer espaço sócio-ocupacional, são norteadas e orientadas por direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, sendo observados e respeitados. Isto tanto pelos profissionais quanto pelas instituições reguladoras, tais como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

O assistente social é um profissional da saúde, conforme descrito na Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: “Ações de caráter emergencial; Educação e Informação em saúde; Planejamento e Assessoria e Mobilização de Comunidade” (CFESS, 2009, s/p). As ações de mobilização e articulação de recursos humanos e materiais, dentro e fora do sistema público e privado de saúde, correspondem ao primeiro eixo e estão relacionadas às condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços para atender às demandas dos usuários (HOFFMANN, OLIVEIRA; REIDEL, 2017).

Educação e Informação em saúde constituem o segundo eixo, cujas ações se referem às orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração de todos na resolução de problemas de saúde individual e coletiva (HOFFMANN, OLIVEIRA; REIDEL, 2017).

O terceiro eixo compreende o Planejamento e Assessoria e objetiva qualificar os recursos humanos na esfera operacional da unidade, além de instrumentalizar a formação de equipes de acordo com as novas exigências técnicas do modelo em curso (SILVA; KRÜGER, 2018). Já, o quarto eixo corresponde à Mobilização de Comunidade e que, segundo PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL (2017, p. 55), compreendem que “[...] ações socioeducativas direcionadas à mobilização da comunidade em função do funcionamento de conselhos e do engajamento em trabalhos educativos voltados para a prevenção e controle de endemias/epidemias”.

As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao

usuário, família e população de determinada área programática, sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde segundo PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL (2017, p. 55 (2017, p.52).

As principais ações desenvolvidas nesse âmbito são: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades, objetivando a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais na situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe; análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2009).

As ações assistenciais referem-se aos atendimentos sociais mediante as demandas que os usuários trazem ao assistente social da sua prática cotidiana. Por meio da convivência com pacientes e seus familiares, deve ocorrer a mediação em relação a direitos constitucionais, embasando-se sempre em fundamentos teóricos, legislações vigentes e garantia de acesso à saúde (COSTA, 2017).

A prática do profissional tende a se restringir apenas aos atendimentos cotidianos. Ressalta-se que os profissionais passam a ser vistos como a saída para solucionar problemas diversos, numa perspectiva de totalidade e a identificação das demandas presentes na sociedade (HOFFMANN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017).

3.2 O Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) Cândida de Moraes e as atribuições do assistente social no ambulatório

O CAIS Cândida de Moraes é uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde. É um centro de atendimento 24 horas, na prestação de serviços de urgência e emergência médica. Na área da saúde a emergência, o usuário necessita de uma assistência médica imediata pois a situação implica em risco iminente de morte. Enquanto a urgência o paciente não apresenta risco de morte pode evoluir para complicações mais graves sendo necessário o encaminhamento para o plantão hospitalar. O atendimento ambulatorial é realizado de segunda-feira a sexta-feira, de 7hs às 18hs. Os serviços odontológicos das 7hs às 22hs.

A unidade está localizada no setor Cândida de Moraes, na Região Noroeste de Goiânia. Este se encontra interligado com vários bairros e setores. É beneficiado com algumas linhas de ônibus, o que permite ser um lugar de fácil acesso. Rodeado por um grande número de indústrias e comércio. A unidade de saúde CAIS Cândida de Moraes foi fundada em 1988. Ficou fechada por um tempo por motivo de mudanças no Governo e foi reaberta em 1996, com objetivo de atender os usuários do SUS, vindas da região e do interior do Estado que forem encaminhadas para esta instituição.

O assistente social no ambulatório do Cais Cândida de Moraes presta acolhimento aos usuários que procuram a unidade, faz atendimento individual, presta orientações de acordo com as demandas apresentadas, encaminha exames de Alto Custo Autorização de Procedimento de Alta Complexidade Para (APACS) aciona as redes de atenção, Guia de Internação (AIHS), participa das reuniões convocadas pela diretoria, participa de encontros de aperfeiçoamento do Serviço social, cursos e congressos, realizar visitas domiciliares, participar da Elaboração e Planejamento dos projetos voltados para área do Serviço social. O Assistente social é amparado na Lei de Regulamentação n. 8.662/1993 pelo código de ética da profissão, também pelos Conselhos Federais de Serviço Social (CFESS), e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

O acolhimento individual é o primeiro passo na recepção dos usuários e é extremamente importante para o tratamento e cura do paciente. É por meio do atendimento individual que o Assistente social repassa as informações que possam facilitar o acesso do usuário do SUS aos serviços de saúde que este procura na unidade.

Os profissionais utilizam os instrumentais da técnica da escuta para entender as necessidades dos usuários, ouvem o caso com atenção, identificam as demandas de acordo com cada paciente, orientam, encaminham de forma evolutiva, para os órgãos locais e adequados. Logo após o atendimento, o profissional passa as orientações cabíveis, preenche o encaminhamento, protocola no sistema e informa ao usuário as providências necessárias. “O atendimento aos usuários do Cais Cândida de Moraes é feito a partir do acolhimento, ouvir, identificar a demanda, orientar, encaminhar de forma evolutiva, para os órgãos e locais adequados” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018, p.02).

O acolhimento individual é uma das etapas da entrevista utilizada como instrumento de trabalho do Serviço social, permitindo ao usuário expor seus problemas, além de, contar com uma escuta ativa e com a compreensão de um profissional que tenha por objetivo a garantia dos seus direitos.

Uma das funções do atendimento individual é a coleta de dados para que o profissional possa subsidiar os questionamentos e fazer reflexões. É necessário estabelecer um diálogo para entender a complexidade da realidade e para que a correlação entre os fatos possa ser compreendida.

O profissional deve usar os princípios da neutralidade, para evitar críticas e julgamentos do usuário. O acolhimento social é um processo de intervenção profissional que envolve a escuta social qualificada, na identificação de determinada situação no âmbito individual ou coletivo. A neutralidade no serviço social é necessária para evitar a exclusão de usuários do sistema Único de Saúde.

Os assistentes sociais participam na elaboração do Programa de Planejamento Familiar que tem por objetivo a orientação, para evitar uma gravidez indesejada, o público-alvo: são os usuários do SUS da Região Noroeste de Goiânia, que desejam fazer procedimento cirúrgico (vasectomia ou laqueadura). Nesta reunião são repassadas orientações sobre o uso de métodos contraceptivos, com medicação e/ou por meio de procedimentos cirúrgicos. Há também orientações sobre a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Este programa conta com a participação de profissionais das várias áreas do conhecimento: médico, enfermeira, assistente social, após a reunião as pessoas interessadas se dirigem à sala da assistente social, onde é montado um processo, que é encaminhado para aguardar a autorização para intervenção cirúrgica vasectomia ou laqueadura. Foi constatado pela estagiária do curso de Serviço Social que a assistente social do Cais Cândida de Moraes ouvia com atenção as demandas apresentadas pelo usuário do SUS para identificar e resolver as questões apontadas de acordo com as necessidades apresentadas.

Observou-se que a realidade de cada usuário é única, necessitando de atendimentos diferenciados, e que as Assistentes sociais têm total conhecimento dos instrumentos teóricos metodológicos necessários para o atendimento ao usuário e sua individualidade, e que através da utilização desses instrumentos ela consegue

identificar e resolver as questões apontadas de acordo com as necessidades pontuadas.

A assistente social tem participação obrigatória na elaboração e execução coletiva do Projeto Familiar, visto que esta ação é uma das atribuições do assistente social descrita no Código de Ética do Serviço Social artigo 4º, II da Lei de Regulamentação n. 8.662/1993.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social as várias expressões do cotidiano, tais como os indivíduos experimentam no trabalho. Conforme o referencial teórico-metodológico do Serviço social, busca contribuir no tratamento de saúde dos usuários por meio de ações socioeducativas, se posiciona a favor da equidade e justiça social que garanta a universalidade de acesso aos programas de saúde e políticas sociais. Se posiciona ainda a favor da gestão democrática.

O assistente social participa da equipe multidisciplinar, contribuindo no pluralismo de ideias para o desenvolvimento do CAIS. Ele/a se compromete com a qualidade dos serviços prestados pelo Estado ao usuário na perspectiva profissional, promovendo junto com a equipe multidisciplinar atualização profissional do pessoal por meio de programas de educação adequada e orientação em serviços.

O assistente social apoia o desenvolvimento de estudos e pesquisas técnico-científicos; participa de reuniões convocadas pela Diretoria; e encontros relacionados à especialização e aperfeiçoamento do Serviço social, participa de reuniões com outros setores do Cais Cândida de Moraes, para discussão de questões técnicas de interesse de instituição e dos usuários.

Embora o trabalho do Assistente social seja na saúde, ele precisa estar atento ao conjunto de vulnerabilidades do usuário, tais como, habitação, alimentação e políticas sociais, na mediação de políticas públicas na garantia dos direitos dos usuários e acionam as redes de atenção na busca de resolução dos problemas do usuário do SUS.

Realizou-se em maio de 2021 uma pesquisa no CAIS Cândida de Moraes na região noroeste de Goiânia, alcançando quatro usuários do sistema com a seguinte pergunta: *Qual a importância do Cais na região noroeste para você?*

Reproduz-se a seguir as respostas colhidas:

Usuário 1 – O CAIS é de suma importância no setor, ainda mais por ser um setor de periferia onde ninguém tem condições de pagar um plano de saúde que custa uma fortuna, por isso é muito importante termos um sistema de saúde em nossa região.

Usuário 2 – É importante ter uma unidade de saúde próxima a sua casa como o CAIS, mas nem sempre a gente consegue atendimento de qualidade quando precisamos.

Usuário 3 – Acho muito importante, pois têm o serviço de emergência e os médicos que atendem o PSF, inclusive sou atendida e faço acompanhamento por equipe do PSF no CAIS da minha região, minha família também, meus vizinhos e outras pessoas do setor e regiões próximas. Infelizmente está faltando agente de saúde na minha área, faz muita falta. Tem também a farmácia, e pior porque tem poucos remédios. Sou contra o fechamento do Cais. Precisa ter melhorias no atendimento ao público. Ahhh me esqueci que tem as vacinas infantis, por isso acho importante, também tem o serviço de chequinho e exames de laboratório.

Viva o SUS mesmo com suas deficiências.

Usuário 4 – Por ser o único lugar de pronto socorro na região, devido o PSF atender somente em horário comercial. (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 80).

Em suma, apesar das deficiências levantadas, falta de agentes de saúde, baixa disponibilidade de remédios, baixa qualidade no atendimento, a presença de um Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS, principalmente nas periferias, se faz extremamente importante para a população.

CONSIDERAÇÕES

Em um momento histórico de precarizações e retrocessos, os assistentes sociais vivenciam nos espaços de trabalho a contradição entre o cumprimento de metas de atendimento, trâmites burocráticos e as demandas dos usuários que procuram atendimento. O aprofundamento teórico se torna necessário, ampliando o entendimento acerca de direitos sociais a partir de uma leitura crítica da realidade.

Este trabalho monográfico apresenta que, desde o descobrimento até os dias atuais, o Brasil passou por várias mudanças, no início não havia políticas que dessem atenção a saúde, ela sempre ficou em segundo plano, a intenção era apenas a colonização e a extração de minérios, assim como a escravização dos nativos, o que resultava em constantes conflitos e revoltas.

Com o fim da escravatura em 1888, e a instauração da República, o país continua sofrendo com epidemias e a falta de saneamento básico. Os sanitaristas buscaram soluções para impedir que as doenças se espalhassem, o médico Oswaldo Cruz foi responsável pelo movimento campanhista. O governo desalojou pessoas, destruindo casas e tornou a vacinação obrigatória. O sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas na busca de soluções para impedir que as doenças se espalhassem, foi menos rejeitado pela população.

Em 1930, no governo de Vargas, a política de saúde pública passou a ser centralizada, criaram-se os Ministérios de Educação e Saúde e foram tomadas algumas medidas para controlar as epidemias e endemias. Com a Constituição de 1934 garantiu-se a assistência médica e a licença-maternidade para trabalhadoras. O Ministério da Saúde foi criado para definir uma política pública de saúde e melhorar o atendimento nas zonas rurais.

Nas décadas de 1970 e 1980 aconteceram as Conferências sobre saúde pública no país, que tiveram um papel importante de levantar discussões sobre um sistema único de saúde para todos. No período houve cortes nos orçamentos que eram destinados para saúde, provocando o aumento de doenças. Na tentativa de reverter a situação, o governo criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários, que funcionavam desde 1930, melhorando o atendimento médico.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se uma vertente no Sistema de Seguridade Social, e trouxe avanços para a forma do trato das questões sociais. Fomentando o papel do Estado na constituição de políticas públicas que fortalecem o desenvolvimento social. Dentro do estudo foi possível perceber que o Serviço Social, teve grande contribuição no diálogo entre o interesse das classes e a constituição de políticas junto ao Estado, até o presente momento o assistente social, exerce sua profissão de maneira a preservar os direitos estabelecidos pela Carta Magna. Viu-se a importância de manutenção do processo de formação dos profissionais, pois enfrentam desafios cotidianos, dos quais devem sempre se guiar pelo Código de Ética da profissão.

O Serviço Social na saúde, tem alcançado algumas conquistas para a profissão do Assistente Social como Código Ética, Lei de Regulamentação, os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. Embora o Assistente Social tenha reconhecimento como profissionais, não possui teto salarial os espaços ocupacionais destes profissionais necessita ser conquistado, o trabalho dos Assistentes Sociais são de extrema importância para a população, na mediação dos direitos do cidadão.

A pesquisa realizada possibilitou uma visão mais ampla dos problemas, e a percepção que, apesar de decisivas conquistas alcançadas na saúde, e termos um programa de saúde pública bem estruturado, há necessidade de expansão, pois a procura por atendimento à saúde é maior que a oferta. O Serviço Social tem um papel importante na busca de solução para o problema da saúde. Concluiu-se que o acesso universal à saúde ainda não foi alcançado na sua totalidade. A pandemia de COVID 19 que se espalhou no mundo em 2020 e 2021 evidenciou a necessidade de seguir na luta para uma política de saúde bem estruturada, e nessa luta, a participação dos assistentes sociais é fundamental.

REFERÊNCIAS

ABEPSS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional. Serviço social e Sociedade.** São Paulo. Ano 17, n. 50, 1996, p. 143-171.

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço social e Filosofia: das origens à Araxá.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 1985.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília. DF: ed. MS, 2002, documento para debate.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: ed. MS, 2002, documento para debate, 2002.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde,** Brasília, DF.1986

BRAVO, M. I. S; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. *In:* MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BRAVO. M. I. S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). **Saúde e Serviço social.** São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO. Maria Inês Sousa. Política de Saúde no Brasil. *In:* MOTA, Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CEFESS. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS / Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014). Parâmetros para atuação de Assistente social na Política de Assistência Social. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília (DF) - 2011

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 1993. *In:* CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. **Coletânea de Leis: Revista e Ampliada,** 2005.

CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Estudo e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço social: direitos sociais, competências e profissionais**. Brasília/DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

CFESS/ABEPSS. Conselho Federal de Serviço Social/Associação Brasileira de Estudo e Pesquisa em Serviço Social. **Os Espaços Sócio- Ocupacionais do Assistente social**. Brasília, DF, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª ed. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf> Acesso em: 24 set. de 2020.

CONH, Amélia. Mudanças econômicas e políticas da saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2008.

CONOF / CD. A saúde no Brasil: História do Sistema Único de Saúde, arcabouço legal, organização, funcionamento, financiamento do SUS e as principais propostas de regulamentação da Emenda Constitucional no 29, de 2000. Nota Técnica nº 10, de 2011 – CÂMARA DOS DEPUTADOS, Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Núcleo da Saúde. Brasília, 30 de agosto de 2011.

CORTEZ, Amélia. Políticas e organização de serviços. In: ELIAS. P. E. **Estrutura e organização da saúde no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistente social. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.304-351.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.), **Reforma sanitária: em busca de uma teoria** (pp. 61-90). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

DANIEL, Santos de Castro. **Oswaldo Cruz**. (2009). Disponível em: <<https://www.infoescola.com/biografias/oswaldo-cr/uz>>> Acesso em: 20 de out. 2020.

FALEIROS, V. P. et al. **A Construção do SUS**; História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 297p

FIOCRUZ – ENSP/UNB. **Gestão em Saúde**: Curso de aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. P.157 .07/05/ 2020 11.00 horas

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

IAMAMOTO, Maria Villela **Serviço social na contemporaneidade: dimensão histórica, teórica e ético político**. Debate nº 6, CRESS – CE. Fortaleza: Expressão, 1997

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

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 14ª ed. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 2001. (p.29-121)

CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórica**. 2. ed. São Paulo: Cortez.

Serviço social na contemporaneidade: dimensão histórica, teórica e ética política. Debate nº 6, CRESS – CE. Fortaleza: Expressão, 1997

LIMA, Ana Luce Girão Soares; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. 2003, vol.10, n.3, pp.1037-1051. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: set/2020.

MADRIGAL, Alex Gabriel. **O Sistema de Saúde Brasileiro** Disponível em: <<https://alexismadrigal.jusbrasil.com.br/artigos/453983097/as-politicas-publicas-de-saude-no-brasil>> Acesso em: set/2020.

MAZERA, Lucy. **Políticas sociais como Política Pública e Direito de Cidadania**, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CNS, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>> Acesso em: set/2020.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Famílias e Famílias Práticas e Conversações Contemporâneas**. (Organizadores: DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Mônica Maria Torres de). Ed.Lumen Juris 3º edição, Rio de Janeiro, 2013, p. 07 e 08.

MOREIRA, M. C. **Determinação Social da Saúde: fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária brasileira**. 2013. 144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço social) – Faculdade de Serviço social, PUCRS, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço social**: uma análise do Serviço social no Brasil pós 64. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J. P. La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea. BORGIANNI, E.; GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. (Org.). **Serviço Social crítico**: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. São Paulo: Cortez, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, 2005. p. 271-296

NETTO, J.P. (1999) “**A construção do projeto ético-político contemporâneo**” in Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1 – Brasília: Cead/ABEPSS/CFESS.

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida Hilário Silva de. **A centralidade do estágio supervisionado na formação profissional em Serviço social**. Franca: UNESP/FHDSS, 2003

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida Hilário Silva de; MACHIAVELLI, Carmo Souza. **Formação Profissional do Assistente social na Contemporaneidade: Aspectos da Interdisciplinaridade**.

OLIVEIRA, Fátima. **Atenção à Saúde**: das Caixas de Aposentadorias e pensões ao SUS.

OPA. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt> Acesso em: set. de 2020.

PAIVA, C. H. A. TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores / Carlos Henrique Assunção Paiva , Luiz Antônio Teixeira / História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 03/04/2021

Paim, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008 ISSN 0103-7331 On-line version ISSN 1809-4481 Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/RJgTsdLf3BcS7zNj9K3K9Vj/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: 03/04/2021

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: 2001. Disponível em. Acesso em 26 de out. 2017.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. In BRAVO & PEREIRA, Maria Inês Souza & Potyara Amazoneida Pereira (orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002 – 2ª edição.

SANTOS, Fabrício Barroso. **O início da industrialização brasileira**. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/industrializacao-brasileira.htm>. Acesso em 12 de junho de 2020.

TEIXEIRA, Carmem. Fontes, promoção e vigilância da saúde no contexto de regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço social no Cotidiano, Formação e Alternativa na área de saúde**. Rio de Janeiro. Ed. Cortez, 2003.

VILELA, Marilda. **Serviço social**: Direitos e Competências profissionais. Conselho Federal de Serviço Social –CFESS Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Brasília, 2009