



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA EDINELZA AMARO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM DEBATE
NECESSÁRIO**

**CAMPINA GRANDE
2015**

MARIA EDINELZA AMARO DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM DEBATE
NECESSÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega.

**CAMPINA GRANDE
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586s Silva, Maria Edinelza Amaro da
O serviço social e a política de saúde no Brasil [manuscrito] :
um debate necessário / Maria Edinelza Amaro da Silva. - 2015.
24 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega,
Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Serviço social na saúde. 3.
Assistente social. 5. Assistência social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM DEBATE
NECESSÁRIO.


MARIA EDINELZA AMARO DA SILVA

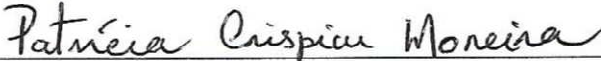
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

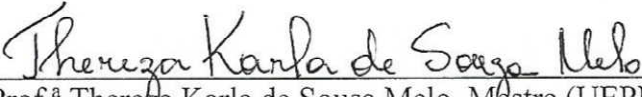
Aprovado em: 06 de março de 2015

Nota: 8,5

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Mônica Barros da Nóbrega, Doutora (UEPB)
Orientadora


Prof.^a Patrícia Crispim Moreira, Mestre (UEPB).
Examinadora


Prof.^a Thereza Karla de Sousa Melo, Mestre (UEPB).
Examinadora

*A Deus, minha fortaleza e refúgio em todos os momentos,
dedico.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus Todo Poderoso, que me concede Seu amor e Sua graça a cada dia, por tudo o que Ele é.

Aos meus pais, Severina (*in memoriam*: saudades) e José Amaro, cujo amor me fez crescer, e que sempre me incentivaram a continuar meus estudos, mesmo depois de tantos anos afastada da sala de aula.

A minha filha, Patrícia Rodrigues, pelo apoio, carinho e grande incentivo, por saber que Serviço Social sempre foi um sonho a ser realizado em minha vida profissional. Obrigada, filha. Te amo!!

Aos meus irmãos, que mesmo distantes me apoiaram nesse projeto e na vida. Obrigada, queridos!

Aos meus amigos e irmãos Adventistas, por suas orações nas horas de “sufoco”.

À minha orientadora, Mônica Barros, pela compreensão, paciência e pelos seus ensinamentos.

Aos professores convidados da banca, Thereza Karla e Patrícia Crispim, quando lá no iníciozinho de tudo, me deram maior força para não desistir.

À equipe do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em especial Tatiana e Natália, que me acolheram durante o estágio, não medindo esforços em passar seus conhecimentos e experiências.

Ao querido amigo e fenomenal talento Rogério Freire, pela dedicação e força, e por me ajudar de primeira quando mais precisei. Que Deus ilumine sempre sua vida. Obrigada por tudo!!

Aos meus colegas da turma 4º Ano B Noite.

As minhas companheiras de estágio, Liane, Fernanda, Fátima e Débora, que me aturaram com muito carinho, principalmente por eu ter perdido minha mãe tão próximo aos estágios. Muito obrigada, meninas, pela compreensão e conforto.

As minhas colegas de trabalho, Suely, Mislene e Mônica. Obrigada, queridas, pela força!!

A todos que torceram por mim, mesmo em silêncio.

E, por último, mas não menos importante, meus sinceros agradecimentos aos meus mestres e mestras que contribuíram para o meu crescimento intelectual e pessoal, e que tanto me incentivaram a não desistir diante das dificuldades as quais enfrentei nessa jornada.

A todos, de coração, o meu muito obrigada!!!

Valeu!!!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONSIDERAÇÃO HISTÓRICA	09
3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO: GÊNESE E DESENVOLVIMENTO	16
3.1	O Serviço Social na área da saúde	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS	23

O SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM DEBATE NECESSÁRIO

Maria Edinelza Amaro da Silva¹

RESUMO

Fruto de um levantamento bibliográfico, este artigo discorre sobre o Serviço Social e a Política de Saúde no Brasil, no contexto da atual crise estrutural do capitalismo, buscando identificar os desafios e as possibilidades vivenciadas cotidianamente pelos assistentes sociais neste histórico espaço socio-ocupacional. Para tanto, recupera brevemente a trajetória da política de saúde no país, bem como do Serviço Social nesta área. A motivação pela temática surgiu a partir da experiência vivenciada no campo de estágio no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande- PB, no período de 2012 a 2014. Espera-se contribuir para o aprofundamento do debate na agenda do Serviço Social, acerca da prática profissional do assistente social no âmbito da Política de Saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Serviço Social. Prática profissional.

1 INTRODUÇÃO

O Serviço Social não pode ser apreendido fora do contexto mais amplo de desenvolvimento da sociedade, ou seja, do movimento de produção e reprodução das relações sociais, portanto, da totalidade da vida social. Totalidade esta que impõe a necessária consideração dos fenômenos mais gerais que exercem influências determinantes sobre a dinâmica societária.

A partir de uma perspectiva de totalidade é impossível apreender o Serviço Social como um fragmento da realidade, dispondo de autonomia para se constituir e desenvolver-se. É imprescindível discuti-lo a partir da atual crise do capitalismo, com suas implicações sobre o processo de organização da produção e sobre o papel do Estado em sua relação com a sociedade civil.

O Serviço Social, enquanto uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, historicamente vem atuando junto à política de saúde, a qual se constitui em um tradicional espaço socio-ocupacional para a profissão.

¹ Aluna de Graduação do Curso de Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba.
Email: edineuzaamaro@yahoo.com

Inicialmente o assistente social atuou nessa área ensinando aos usuários dos serviços de saúde hábitos de higiene, principalmente naqueles de caráter emergencial prestados em hospitais e tendas. Posteriormente passou a atuar com o objetivo de contribuir para o acesso aos direitos socialmente conquistados, inserido em uma equipe multiprofissional, de forma articulada, seguindo um conceito de saúde alicerçado na prevenção, tratamento e na cura de doenças.

Assim, a partir do movimento da realidade, considerando, sobretudo, as condições objetivas de como vem se materializando a política de saúde no país, busca-se, neste artigo, discorrer sobre o exercício profissional dos assistentes sociais nessa área, com o objetivo de identificar os desafios e as possibilidades vivenciadas cotidianamente nesse histórico espaço socio-ocupacional.

Desse modo, espera-se contribuir para o aprofundamento do debate na agenda do Serviço Social, acerca da prática profissional do assistente social no âmbito da Política de Saúde.

O interesse pela temática advem da experiência vivenciada no estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, realizado no período de 2012 a 2014, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado na Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 4700, no bairro das Malvinas, em Campina Grande - PB.

Durante essa experiência foi possível observar que o Serviço Social tem sido desafiado a responder inúmeras demandas que lhe são postas, muitas delas, inclusive, que extrapolam o que está previsto como atribuições e competências do assistente social, conforme a Lei de Regulamentação da Profissão.

O Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes foi inaugurado no dia 22 de junho de 2011, sendo referência para 173 (cento e setenta e três) municípios paraibanos, além dos Estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco. O quadro funcional é formado por mais de 300 (trezentos) profissionais das mais diversas especialidades e níveis de formação, dentre os quais 34 (trinta e quatro) são assistentes sociais.

Nessa unidade hospitalar o assistente social participa do processo de admissão dos usuários, realiza atendimento individual e desenvolve ações educativas sobre o processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. Ainda atua junto aos familiares dos usuários, prestando esclarecimentos quanto aos benefícios previdenciários, às normas e rotinas da instituição, as altas médicas, as declarações de óbito, a doação de sangue, dentre outros.

Os resultados deste levantamento bibliográfico foram condensados neste artigo, que está estruturado, basicamente, em 03 (três) tópicos.

No primeiro, a incursão analítica voltou-se para uma breve recuperação histórica da política de saúde no Brasil, destacando as suas feições assumidas no contexto da crise do capitalismo ora em curso.

No segundo a análise centrou-se no Serviço Social, em especial na sua trajetória histórica, considerando as conquistas e os desafios postos ao exercício profissional do assistente social em meio a uma crise estrutural do capitalismo, a qual vem rebatendo fortemente na profissão e no seu objeto de atuação, a “questão social”²

No terceiro e último tópico priorizou-se a discussão acerca do Serviço Social na área da saúde, com enfoque na sua atuação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os rebatimentos da ofensiva neoliberal na efetivação dos direitos sociais.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONSIDERAÇÃO HISTÓRICA

As políticas públicas no Brasil passaram por mudanças históricas importantes desde o século XX, mais especificamente em 1923 quando foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), lançando as bases do sistema previdenciário brasileiro, fundamentado em um modelo contributivo e restritivo para o trabalhador. Estas primeiras iniciativas tinham como objetivo proporcionar aos operários o direito a uma assistência médica curativa, medicamentos, aposentadorias, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Segundo Bravo (2009, p. 92),

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. [...] A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50,56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

É consensual entre os estudiosos da política de saúde no Brasil que antes da consolidação da Política Nacional de Saúde o mundo viveu uma crise sem precedentes, ou

² “Questão social”, conforme Yamamoto (2001) se refere ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, ou seja, o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.

seja, a denominada crise de 1929, a qual deu origem a mudanças consideráveis no âmbito econômico e político. No Brasil, vale destacar, que em 1930, no governo de Getúlio Vargas, foram criados o Ministério do Trabalho, o Ministério da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde, além da promulgação de uma nova constituição em 1934.

Logo, esses fatos históricos contribuíram para que na década de 1950 fosse lançada a base histórica da Saúde Pública Brasileira, com a instituição e a criação do Ministério da Saúde em 1953, através da Lei nº 1.920³, sendo mais tarde desmembrado do antigo Ministério da Educação e Saúde.

Nos anos de 1960, com a implantação da ditadura militar (1964-1985) no país, a saúde, a educação e demais políticas públicas passaram por um momento de instabilidade, pois o modelo político adotado tinha como objetivo atender a burguesia ditando as regras políticas, sociais e econômicas de interesse do grande capital.

Conforme ressalta Polignano (2005, p. 13),

O movimento de 64 contava com suportes políticos extremamente fortes. A maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras, ampliando o processo que era ainda obstaculizado, segundo os capitalistas, pela proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista do governo João Goulart. Havia ainda uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que punha em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, especialmente do americano nesta região, era o período da chamada guerra fria.

Para Bravo (2009, p. 94- 95), nesse período

A Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério de Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde.

Desse modo, ao mesmo tempo em que ampliou os serviços de saúde, facilitou e maximizou a participação do setor privado na prestação destes serviços, requisitando cada vez

³ O novo Ministério é criado com o intuito de reorganizar e melhor gerir os serviços de saúde conforme reza a Lei nº 1.920 no seu Art. 3º - Ao Ministério da Saúde são transferidos todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum.

mais que este responda em seu lugar. Essas reformulações, segundo os autores acima citados, alimentaram a reestruturação do capital, principalmente após a década de 1970, com o uso de novas tecnologias e o crescente desmonte das políticas públicas em detrimento do aparato privado que via aí a oportunidade de se expandir.

É fato que até a década de 1970 a política de saúde no Brasil se resumia à atuação do Ministério da Saúde através de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio da vacinação de caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Assim, prestava serviços a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁴. Contudo, os que não tinham a carteira assinada, os desempregados, utilizavam, sobretudo, as Santas Casas, instituições filantrópicas responsáveis por atender a população mais pobre.

O modelo político ditatorial e impositivo perdurou 21 anos no Brasil começando a declinar no início da década de 1980, quando os movimentos sociais e a sociedade civil em geral saíram às ruas em busca de liberdade, com o intuito de resgatar os direitos que foram reprimidos durante anos, dando novo ânimo à sociedade brasileira.

Nos anos 1980, de acordo com Bravo (2009), a saúde no país contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo largamente para um debate que permeou a sociedade civil. Logo, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Portanto, destaca-se nesse período, sobretudo, o debate acerca da universalização do acesso e da concepção de saúde como direito social e dever do Estado.

Para a autora citada, o fato de maior impacto na questão da saúde no Brasil foi a realização em Brasília da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, com o tema principal versando sobre a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, municípios e territórios) na prestação de serviços de saúde; financiamento setorial.

⁴ O INAMPS, era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuíam com a previdência social (BRAVO, 2009).

Essa Conferência, para a autora supracitada, representou um avanço ao unir a sociedade civil em prol de um único objetivo, a consolidação do SUS enquanto política pública de saúde de caráter universalizante, atingindo todas as parcelas da sociedade trabalhadora ou não, em consonância com as propostas engendradas até então e pela efetivação da Reforma Sanitária⁵.

Segundo Arouca (1998),

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

A principal proposta da Reforma Sanitária foi, sem dúvidas, a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais, bem como a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e o efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010).

Portanto, as modificações da década de 1980 culminaram com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2009).

⁵ O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde que abarcavam todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário” (AROUCA, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população, foi criado o SUS, com caráter universal, não contributivo em que todos, independente de sua condição financeira, têm direito aos serviços ofertados, constituindo assim um marco importante na Política de Saúde no Brasil, colocando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Para Bravo e Matos (2004, p 7) ,

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Art. 196 - 200) e nestes está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Nesta ótica, a Constituição Federal de 1988 foi um divisor de águas na história do Brasil ao colocar os serviços de saúde à disposição da população de forma universal em todo o território nacional, passando assim a compor a Seguridade Social Brasileira, responsável por garantir que os usuários das políticas públicas tenham seus direitos sociais efetivados pelo Estado democrático de direito.

O SUS ao ser criado na década de 1980 tem como objetivo oferecer uma saúde coletiva de maneira preventiva através da promoção, proteção e recuperação, universal e não contributiva, sendo concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, mantidas ou financiadas com os recursos públicos. A saúde passou a ser associada a condições de vida decorrentes de diversas políticas sociais e econômicas – moradia, alimentação, trabalho, educação, lazer, etc. – e não apenas ao setor específico de saúde.

Com o objetivo de regulamentar o SUS⁶, em 19 de setembro de 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, sancionada pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, que passou a ter a função de regular e detalhar o seu

⁶ Criado em 1988 pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, o SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população. Ver: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Prefeitura de Fortaleza - Sec. Municipal de saúde. Disponível em: < http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=58 > Acesso em : 19 de maio de 2014.

funcionamento dando direcionamentos para execução em todo âmbito nacional em um contexto de redemocratização.

Contudo, nos anos 1990 são lançadas as bases no cenário brasileiro dos ideários neoliberais e privatistas, com forte repercussão para as políticas sociais. Observa-se, pois, o sucateamento dos serviços de saúde, educação, previdência e o desmonte da Seguridade Social, fortalecendo o sistema contributivo, alimentando um ideário excludente e seletivo com o objetivo de reorganizar o Estado segundo os interesses do mercado. Tal lógica foi reafirmada ainda mais no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1994 com o Plano Real e a busca pelo controle da inflação.

Nesse período, portanto, pode-se afirmar que ao ser consolidado no país o neoliberalismo, ocorreram mudanças significativas na sociedade, a exemplo da flexibilização da economia e a reestruturação no mundo do trabalho, trazendo a reboque a privatização dos serviços públicos, o enfraquecimento das lutas da classe trabalhadora, enfim, o aprofundamento das expressões da “questão social”.

O Estado, em harmonia com a lógica capitalista e em detrimento das necessidades da classe trabalhadora, aprofundou a prioridade do lucro e dos grandes aglomerados econômicos presentes em todas as esferas da sociedade, ocasionando a redução de investimentos e melhorias na prestação de serviços à população.

Como já ressaltou Bravo (2009), a afirmação da hegemonia neoliberal no país tem sido a responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e, sobretudo, pelo sucateamento da saúde e da educação.

Assim, para a autora, o desafio foi lançado pela lógica do capital que sucateia e redireciona seu agir de acordo com o interesse do mercado através de uma política de ajuste, contenção de gastos nos serviços públicos, primando pela isenção de responsabilidade do Estado, fator que fortaleceu a criação e o avanço dos planos de saúde privados no país.

Na década de 1990 percebe-se que o capitalismo ao enfrentar mais uma de suas crises, demandou o redimensionamento do papel do Estado e a ampliação do aparato tecnológico e econômico com o objetivo de impulsionar o mercado e, conseqüentemente, fortalecer a lógica capitalista vigente.

Lógica essa que se expressa na política de saúde através, principalmente, do fortalecimento do setor privado em detrimento do estatal. O Estado se ausentou da responsabilidade de fornecer os elementos necessários aos seus cidadãos, injetando recursos

no aparato privado, justificando para isso que o poder aquisitivo da população melhorou e que ela pode galgar melhores condições para si e os seus.

Portanto, para Bravo (2009), a partir dos anos 1990 a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 vem sendo desconstruída. A saúde ficou vinculada ao mercado, priorizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. Com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

A falta de investimentos nos serviços de saúde vem dificultando o acesso dos usuários a atendimentos adequados e de qualidade, impossibilitando à população menos favorecida a resolução de seus problemas. Na atual conjuntura o que se vê são longas filas para atendimentos, serviços e unidades hospitalares que não conseguem atender a demanda e um setor privado que a cada dia ocupa um maior espaço na prestação de serviços de saúde à população, mas que não consegue prestar um serviço de qualidade, mesmo cobrando muito por ele. O Estado se isenta de sua responsabilidade de prover uma política pública que atenda de forma eficaz a população, para tanto financia o setor privado, delegando a este tal responsabilidade.

Nesse contexto, segundo Bravo (2009), observa-se que dois projetos convivem em tensão, ou seja, o projeto de reforma sanitária, germinado nos anos 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

O projeto de reforma sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais da saúde, articulados ao movimento popular. Seu objetivo é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, fundamentando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Enquanto que o projeto de saúde articulado ao mercado está fundamentado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas propostas principais resumem-se no caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, dentre outros.

Assim, a política pública de saúde tem se deparado com enormes dificuldades para sua

efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais etc. Todas essas questões, portanto, são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde no Brasil (CFESS, 2010).

Enfim, no atual momento histórico, conforme ressalta Bravo (2009), as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas efetivamente. Autores sintonizados com a defesa de um sistema público de saúde fundamentado nos princípios do SUS, a exemplo de Polignano (2005), Bravo e Matos (2008), acreditam que a reversão da atual direção da política de saúde no Brasil dependerá, sobretudo, da correlação de forças que poderá ser estabelecida na esfera sanitária, tensionada de um lado pelo projeto de Reforma Sanitária e por outro lado pelo projeto privatista.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO: GÊNESE E DESENVOLVIMENTO

O Serviço Social nasceu ligado às práticas assistencialistas levadas adiante pela Igreja Católica e sua Doutrina, as quais se alicerçavam na caridade e na filantropia, com o apoio incondicional da burguesia industrial que via nestas uma estratégia importante para a manutenção do seu projeto de sociedade (IAMAMOTO, 2009).

No Brasil, o Serviço Social tem seu nascedouro na década de 1930 com a participação da juventude católica. Em 1936 foi fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira desse gênero a existir no Brasil. A partir dessa iniciativa o ensino de Serviço Social foi regulamentado em 1957 com a lei 3252⁷. Nesse período em outros Estados como Rio de Janeiro e Paraíba já contavam com escolas em funcionamento, formando profissionais, de maioria esmagadora de mulheres, que em sua grande parte era absorvido pelo setor público que necessitava de mão de obra técnica para atender as novas demandas do mercado (IAMAMOTO, 2009).

Assim, no momento em que o Estado assumiu a regulação das tensões entre as classes sociais mediante um conjunto de iniciativas (CLT e Salário Mínimo) de cunho controlador,

⁷ Primeira Lei de Regulamentação do exercício profissional do assistente social no Brasil.

assistencial e paternalista, tendo como intuito desmobilizar a classe operária e fortalecer os interesses a burguesia capitalista ocorreu à implantação do Serviço Social no decorrer desse processo histórico. Não se baseou, portanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado, mas surgiu da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestaram, principalmente, por intermédio da Igreja Católica (IAMAMOTO & CARVALHO, 2009).

Segundo Iamamoto (1997), somente quando foram criadas as grandes instituições assistenciais, estatais, paraestatais e autárquicas, na década de 1940, no âmbito de uma política econômica favorecedora do modelo de industrialização adotado no país, a partir dos anos 1930, o mercado de trabalho para a profissão ampliou-se, permitindo o rompimento com as suas origens confessionais e o deslocamento de suas bases de legitimação para o Estado e para os setores empresariais da sociedade. Ampliou-se e diversificou-se a sua clientela, que passou a se concentrar em amplos setores do proletariado, alvo das políticas assistenciais implementadas pelas instituições, não sendo mais os pequenos segmentos da população pobre, contemplada ocasionalmente pelas obras sociais confessionais.

Logo, esse processo, para a autora citada, consolidou a profissionalização do assistente social, que se tornou assalariado e recrutado entre os setores médios da sociedade, conferindo ao exercício profissional um caráter não liberal, embora tenha sido reconhecido como profissão liberal pelo Ministério do Trabalho, em 1949. Passou a ser incorporada aos programas que concretizavam as políticas sociais do desenvolvimento populista, ideologia predominante pós Segunda Guerra Mundial. Movimento que permitiu, além de sua cooptação pelo Estado, manter, com adequações, as características básicas da prática e do pensamento conservador.

O quadro que se instaurou com a autocracia burguesa no país nas décadas de 1960 e 1970, segundo Netto (1996), repercutiu significativamente no desenvolvimento do Serviço Social brasileiro. Foram alteradas muitas das suas demandas práticas e a sua inserção nas estruturas organizacionais. A formação dos seus quadros técnicos foi profundamente redimensionada, bem como os padrões da sua organização como categoria. Seus referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram giros profundos, assim como as suas auto representações.

Nessa conjuntura, o Serviço Social “tradicional” foi fortemente validado, visto que a ditadura militar buscou interditar qualquer segmento profissional de caráter combativo, garantindo o pleno exercício daqueles extratos profissionais adequados à manutenção do sistema. Ampliou o mercado empregador e consolidou a formação profissional através da

incorporação do Curso de Serviço Social no nível universitário, passando a formação profissional a ser progressivamente submetida às exigências da pesquisa e da extensão.

O Serviço Social assumiu as inquietações e insatisfações desse momento histórico e direcionou seus questionamentos ao Serviço Social tradicional, através de um amplo movimento, de contestação ao conservadorismo profissional e da ordem societária instituída. O debate trouxe à tona questionamentos a respeito da profissão e do agir profissional numa perspectiva crítica jamais vivenciada no Serviço Social brasileiro.

A profissão vivenciou, pois, momentos importantes de discussão, de contestação política e teórica. O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979 (Congresso da Virada) representa um grande marco deste processo, pois a partir daí foi reafirmado o compromisso com a classe trabalhadora e com a defesa da democratização e a ampliação dos direitos civis, sociais e políticos preparando terreno para mais tarde enveredar por um caris crítico, influenciado pela corrente hegemônica do Serviço Social, o marxismo (NETTO, 1996).

O contato com as obras de Marx e a postura crítica perante as bases do Serviço Social tradicional tornou possível já no Código de Ética de 1986 não somente uma mudança de postura, mas também uma reestruturação ideológica da profissão que assumiu um novo caris.

Desse modo, o Serviço Social chegou aos anos 1980 com um projeto de ruptura com o conservadorismo. O pensamento de Marx trouxe uma nova visão à profissão, quebrando os muros ideológicos acrílicos e religiosos até então majoritários na sua trajetória histórica. Fundamentado nos valores universais e tomando a liberdade como valor ético central, comprometeu-se com a classe trabalhadora, consolidando-se profissionalmente.

Portanto, com um projeto ético político constituído, expresso no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social de 1996.

Projeto este que, como escreveu Netto (2009), representa a auto imagem da profissão, elege os valores que a legitima socialmente, delimita e prioriza seus objetivos e funções, formula os requisitos teóricos, práticos e institucionais para o seu exercício, prescreve normas para o comportamento dos profissionais e estabelece as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições privadas e públicas.

Segundo o autor supracitado, esse projeto se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração de classe, etnia e gênero. Ele se posiciona em favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do

acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais. Declara-se, portanto, radicalmente democrático, tendo como componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Para Iamamoto (2009), o cenário que se apresentou na década de 1990 no Serviço Social brasileiro expressou uma feição acadêmica e profissional renovada, com um projeto profissional radicalmente renovador e crítico que adota valores de um projeto societário com caráter emancipatório. Contudo, as transformações societárias em curso nessa década e aprofundadas na atual conjuntura colocaram desafios para a profissão do ponto de vista de sua intervenção e de seus aportes teóricos e metodológicos.

Pode-se dizer, portanto, que o Serviço Social não passou alheio ao debate nas Ciências Sociais acerca de uma suposta “crise de paradigmas”, para a qual as matrizes teóricas da razão moderna, principalmente a teoria social crítica é considerada superada. Logo, a profissão inclui-se no debate contemporâneo sobre as transformações societárias pela via de uma análise sociopolítica compartimentada e polarizante, alavancada nos meandros da crítica ao arcabouço teórico-metodológico marxista, marco de referência intelectual da direção teórico-política que orienta o projeto profissional de ruptura.

Conforme as análises de Guerra (2010), as alterações processadas no mundo do trabalho em decorrência do processo de reestruturação produtiva ora em curso passaram a requerer determinado perfil de trabalhador, o qual se adapte as mudanças no conteúdo do trabalho, àquele profissional que se converta em “empresário de si”. Ou seja, busca-se, pois, um perfil com uma prática mais burocratizada, que esteja em sintonia aos critérios seletivos no repasse das “novas” políticas sociais.

Para a autora acima citada, as exigências imediatas do mercado de trabalho vêm atingindo consideravelmente o exercício profissional do assistente social, por meio da flexibilização. Com as alterações no mercado e nas suas condições de trabalho, observa-se como tendências a desregulamentação do trabalho, subcontratação, diferentes formas de contrato, mudanças na legislação trabalhista, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade, polivalência, precariedade dos espaços laborais e dos salários, dentre outras.

Enfim, como ressaltou Netto (2009), a cruzada antidemocrática do grande capital, expressa na cultura do neoliberalismo, tem se constituído uma ameaça real à implementação do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Mas, vale ressaltar que a profissão vem respondendo a tais inflexões com estratégias políticas que visam fortalecer o processo de materialização do projeto ético-político, protagonizadas

pelas entidades representativas da categoria. Pode-se citar, dentre outras, o importante papel desempenhado pelo conjunto formado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), na luta contra a precarização do trabalho profissional e na defesa da formação do assistente social em sintonia com os princípios do projeto ético-político.

3.1 O Serviço Social na área da saúde

O Serviço Social historicamente teve forte inserção na área da saúde, mas foi a partir de 1945 que se deu o alargamento e a expansão do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional, em consonância com a expansão do Serviço Social no Brasil (BRAVO e MATOS, 2009).

O “novo” conceito de saúde elaborado em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surgiu da iniciativa de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, demandando, dentre outros, o trabalho em equipe multidisciplinar (BRAVO e MATOS, 2009) .

O assistente social nesse cenário, segundo os autores acima citados, consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, ou seja, uma tarefa educativa em relação aos hábitos de higiene e saúde , atuando nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde vigente na época.

Nos anos 1950 , quando surgiram as propostas racionalizadoras na área da saúde, principalmente nos Estados Unidos, como a “medicina integral , a medicina preventiva e seus desdobramentos a partir dos anos 1960, como a medicina comunitária”, não modificaram as práticas profissionais dos assistentes sociais no Brasil, que mantiveram como lócus central de sua ação os hospitais e ambulatórios e uma prática fundamentada no aspecto curativo, hospitalar e conservador (BRAVO e MATOS, 2009).

Com o processo de modernização das políticas sociais no período da ditadura militar ocorreu uma alteração no formato das políticas sociais, as quais passaram a ser revestidas de um viés tecnocrático, sedimentando a ação profissional na prática curativa. Naquele contexto, conforme os autores acima citados, foram privilegiadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, coerente com o modelo político econômico ora implantado no país.

No período pós 1964 o Serviço Social sofreu profundas transformações, conforme já discutido anteriormente, que tiveram rebatimento no seu trabalho na área da saúde. Os assistentes sociais adquiriram uma base científica mais sólida e reflexiva de influência marxista.

Como ressaltaram Bravo e Matos (2009), num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 1980, mesmo considerando todas as lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, como a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989, bem como a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva e a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) atualmente Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) atualmente Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para o Serviço Social do INAMPS, além da articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.

Não obstante, conforme os autores supracitados, o Serviço Social chegou aos anos 1990 ainda com parca alteração da prática institucional. Continuou desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária e com uma insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde.

Nesse período, vale destacar, o Projeto Ético-Político profissional passou a ser confrontado com o projeto neoliberal implantado no país. O Projeto de Reforma Sanitária foi fortemente questionado e consolidou-se o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

Logo, conformou-se um cenário onde dois projetos para a saúde no país se confrontaram num embate de interesses divergentes e antagônicos, requisitando do Serviço Social respostas adequadas a cada demanda: o modelo público estatal e o privado e seletivo.

No modelo público estatal a preocupação é possibilitar que os usuários possam ter seus direitos garantidos, sua condição de cidadão respeitada. Já no modelo privatista o ponto de partida é o lucro, a prestação de serviço pelo serviço, sem uma preocupação humanizadora, voltada para a condição social e política daqueles que lá buscam sanar seus problemas.

Assim, os projetos em disputa na atual conjuntura apresentam distintas direções para o Serviço Social na área da saúde. O projeto privatista, por um lado, tem demandado dos assistentes sociais a seleção sócia econômica dos usuários, a atuação psicossocial por meio de aconselhamento, uma ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde e o assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010).

O projeto da reforma sanitária, por outro, tem requisitado que os assistentes sociais se voltem para questões como a democratização do acesso aos serviços e unidades de saúde, atendimento humanizado, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, abordagem grupais, ações de educação em saúde, estímulo à participação popular, dentre outros (CEFESS, 2010).

Vale ressaltar que a nova configuração da política de saúde no país vem impactando o trabalho do assistente social, principalmente, no que se refere às suas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são requisitados para amenizar a situação de pobreza absoluta que a classe trabalhadora está submetida (CFESS, 2010).

Assim, em conformidade com as análises realizadas por estudiosos do Serviço Social na saúde, a exemplo de Bravo e Matos (2009), cabe a profissão – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio realizado no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande-PB possibilitou uma aproximação enriquecedora à prática do assistente social na área da saúde, impulsionando o interesse em desvendar aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que, necessariamente, nela interferem.

Assim, com o tratamento teórico realizado neste artigo, a partir do material bibliográfico consultado, não se teve a pretensão de dar conta de todas as mediações e relações entre as tensões que envolvem a política de saúde na atualidade e suas repercussões para o exercício profissional do assistente social neste âmbito, mas trazer para o debate da agenda profissional aspectos importantes e oferecer subsídios para estudos futuros.

Foi possível constatar que no momento atual na política de saúde vem sendo demandada para os assistentes sociais ações profissionais em consonância com os distintos projetos em disputa na saúde, cabendo ao profissional optar, fazer escolhas, embora sob condições objetivas e subjetivas determinadas.

O Serviço Social vem sendo desafiado a encarar a defesa da democracia e das políticas sociais, vem sendo, pois, desafiado a enfrentar as precárias condições de trabalho expressas, sobretudo, no sucateamento das instituições públicas.

Enfim, mesmo diante de um modelo de política de saúde que privilegia os interesses mercadológicos, existe a possibilidade real dos assistentes sociais conferirem ao seu trabalho um conteúdo político-pedagógico em sintonia com o projeto ético-político profissional, na medida em que busque incentivar a participação dos usuários nos fóruns, conselhos, plenárias e espaços onde se constrói o controle social, elemento essencial para que uma nova ordem societária possa germinar.

SOCIAL SERVICE AND HEALTH POLICIES IN BRAZIL: A NECESSARY DEBATE

ABSTRACT

The result of a literature review, this article discusses the Social Service and Health Policies in Brazil, within the context of the current structural crisis of capitalism, seeking to identify the challenges and opportunities daily experienced by social workers in this Historic socio-occupational space. To do so, briefly traced the trajectory of Health Policies in the country, as well as Social Service in this area. The motivation for the theme came from a personal experience in the training field in the Emergency and Trauma Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, in Campina Grande – PB, from 2012 to 2014. It is expected to contribute to the further debate on the agenda of Social Services about the professional practice of social workers within the Health Policy.

Key-words: Health Policies. Social Work. Professional practice.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. 1998. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.br>>. Acesso em 21 de maio de 2014.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** Nº 8.080 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. Disponível: <http://WWW.planalto.gov.br/civil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 de abril de 2014.

BRASIL. **Lei nº 1.920** de 25 de julho de 1953, que cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950/1969/L1920.htm> Acesso em 19 de outubro de 2014.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. 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, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197- 217.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197 – 217.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Cortez. 2007, p 88-93.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em 15 de agosto de 2014.

GUERRA, Yolanda. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. *In: Serviço Social e Sociedade*, n. 104. São Paulo: Cortez, 2010, p. 715-736.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. 26. ed. São Paulo: Cortez, [Lima, Peru]: CELARS 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Cena Contemporânea. *In: Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais*. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, DF. 2009. P.16-49.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis**. Ano 2, n.3. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001, p. 9-32.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.141- 160.

NETTO, José Paulo. **Ditadura Militar e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cuiabá, MT, 2005. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>. Acesso em 15 de agosto de 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. **Prefeitura de Fortaleza – sec. Municipal de saúde.**
Disponível em: <
http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=58> Acesso em : 19 de maio de 2014.