



GEICILAINE ROCHA LIMA DE CARVALHO

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões a partir do Estágio em Serviço Social

Ji-Paraná
2019/1

GEICILAINE ROCHA LIMA DE CARVALHO

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões a partir do Estágio em Serviço Social

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas de Ji-Paraná, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora :Professora Ms. Dalva Felipe de Oliveira Gonçalves.

Ji-Paraná

2019/1

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

C331s

Carvalho, Geicilaine Rocha Lima de.

Serviço social na saúde: reflexões a partir do estágio em
serviço social / Geicilaine Rocha Lima de Carvalho. – Ji-
Paraná, 2019.

45p.

Monografia (Bacharelado). – Centro Universitário São Lucas,

1. Serviço Social 2. Saúde Pública 3. Direito Social I. Título II.
Gonçalves, Dalva Felipe de Oliveira.

GEICILAINE ROCHA LIMA DE CARVALHO

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões a partir do Estágio em Serviço Social

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Curso Serviço Social do Centro Universitário São Lucas de Ji-Paraná, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social

Orientadora :Professora Ms. Dalva Felipe de Oliveira Gonçalves.

Ji-Paraná, 24 de Junho de 2019.

Avaliação/Nota:

BANCA EXAMINADORA

Dalva Felipe de Oliveira Gonçalves

Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná

Mestre Dulce Teresinha Heineck

Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná

Assistente Social Greice Campos Ferrari

Hospital Municipal Dra Laura M^a C. Braga

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditaram na realização deste sonho. De forma especial à minha família que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, ao meu esposo Thiago e ao meu filho Felipe, que entenderam a minha ausência durante o período acadêmico. Aos meus pais Isabel e Jesus, que sempre me apoiaram. A minha irmã Jessica que nunca mediu esforços pra me amparar nos momentos que mais precisei, ao meu cunhado Anderson e as minhas lindas sobrinhas que eu amo tanto Nicole e Bella. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer principalmente a Deus que nunca me desamparou, nunca permitiu que eu deixasse de acreditar nos meus sonhos, por mais difícil que fosse trilhar os caminhos da universidade, até aqui o Senhor tem me sustentado. A Ele toda honra e toda Glória. Só tenho que agradecer ao meu bondoso e misericordioso Deus. Obrigado Senhor por tudo.

Não podendo deixar de agradecer a minha família em geral, pois é muito grande, sempre incentivaram e apoiaram meus estudos, em especial meu esposo querido Thiago Bortolo de Carvalho e meu filho amado Felipe Lima de Carvalho, que mesmo chegando em casa a partir das 23:00 horas todos os dias da semana durante quatro anos, sempre me esperavam para depois ir dormir. Aos sacrifícios que se submeteram por mim nesse período de academia, sou imensamente grata a vocês. Amo-os incondicionalmente.

Aos meus pais Isabel Rocha de Sousa e Jesus Teixeira Lima, exemplo de família, os maiores incentivadores e apoiadores para o meu sucesso. Nunca mediram esforços nem para comigo, nem para minha irmã, para que fossemos seres humanos íntegros e de caráter. Amo muito vocês. Quero agradecer a minha irmãzinha Jessica Rocha Lima, minha amiga de todos os momentos, sempre está ao meu lado, me apoiando em tudo, aconselhando, criticando quando necessário, me mostrando o caminho certo a seguir. Te amo minha pequena irmãzinha. Às minhas sobrinhas que trouxeram grande alegria a esta família, Nicole Passarelli Lima e Bella Passarelli Lima que nos encantam com seus jeitos de ser, mesmo não as conhecendo pessoalmente titia as ama muito, saibam que meu coração enche de alegria com o simples fato de falar com vocês pelo aparelho telefônico, não posso esquecer do meu cunhado Anderson Passarelli Costa que está presente em nossas vidas mesmo tão longe.

Agradeço à minha sogra Aurea Bortolo de Carvalho e ao meu cunhado Lucas Bortolo de Carvalho por serem tão carinhosos comigo e com minha família, amo vocês. Agda de Jesus Kuticoski que é minha irmã do coração que aprendi amar, assim como seus filhos Elloa Kuticoski de Lima, Gabriel Kuticoski de Lima e a nossa

Manuela Kuticoski de Lima que mesmo em seu ventre já é muito amada por todos nós, ao Lucas Lopes de Lima meu primo, mas como se fosse meu irmão.

A todos meus professores(as) desde o primário até à graduação em Serviço Social, aqueles que contribuíram para construção do conhecimento que hoje tenho e que me auxiliaram nas dificuldades e que incentivaram a continuar o caminho dos estudos.

Em especial aos professores da graduação em Serviço Social: Professora mestra e coordenadora do curso de Serviço Social pelo apoio Dulce Teresinha Heineck, professora Dalva Felipe de Oliveira Gonçalves minha orientadora querida, pela paciência comigo na construção deste trabalho, só tenho a agradecer imensamente, à professora Odete Rigato Mito e professora Rafaela Maia Gomes, obrigada pelo conhecimento compartilhado, por cada contribuição em minha formação profissional e pela amizade que construímos ao longo do período em que estive na universidade.

À minha Supervisora de Campo assistente social Greice Campos Ferrari, que esteve ao meu lado durante o período de estágio em Serviço Social, contribuindo para minha formação profissional e na experiência da relação entre teoria e prática profissional a qual aprendi a admirar.

Às amigas construídas na universidade, Euslayne cuja amizade prevaleceu fora dos muros da universidade, Haenne pessoa incrível aquela amiga que nunca se esquece, Mariely que sempre esteve comigo desde o primeiro semestre até o último, Odeneide super parceira amiga para todos os momentos, Thassia nossa caçulinha tão prestativa e atenciosa com todos (as). Aprendi amar vocês e agora somos uma família além da academia.

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperança para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”.

(Marilda Yamamoto).

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 proporcionou a ampliação do direito a saúde pública brasileira através da Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Tendo como objetivo promoção, proteção e organização da saúde assim como seu funcionamento para com a sociedade. Em tese as leis foram criadas para garantir os direitos dos cidadãos, porém na prática ocorre o inverso. Diariamente é constatada a violação dos direitos sociais. O objetivo deste trabalho é questionar as dificuldades que a assistente social do Hospital Municipal enfrenta no seu cotidiano ao desempenhar seu trabalho, a precariedade instrumental que o Estado fornece para a profissional é significativamente escassa, podendo afirmar que tem o mínimo do mínimo para poder exercer a sua função. Sendo assim após as observações em Estágio em Serviço Social, foi possível desenvolver mecanismos para que fosse levado até as mulheres internas e seus acompanhantes conhecimentos de algumas leis específicas. Portando a lei nem sempre garante a concretização da mesma, por mais que a profissional do Serviço Social lute e disponibilize informações aos usuários emancipando-os, sempre haverá aquele cidadão que terá receio de enfrentar o sistema. Não há, portanto compromisso real do governo em solucionar o problema, pois falta equipe de atendimento suficiente para atender a demanda e, em muitos casos há descompromisso também de profissionais que atuam na área da saúde no município de Ouro Preto do Oeste para que os serviços sejam prestados de forma humanizada.

Palavras-chave: Saúde Pública. Direitos Sociais. Serviço Social.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 provided for the extension of the right to Brazilian public health through Law No. 8080 of September 19, 1990. Its objective is to promote, protect and organize health as well as its functioning towards society. In theory, laws were created to guarantee the rights of citizens, but in practice the reverse is true. Every day it is verified the violation of social rights. The objective of this study is to question the difficulties that the Social Worker of the Municipal Hospital faces in their daily life when performing their work, the instrumental precariousness that the State provides for the professional is significantly scarce, being able to affirm that it has the minimum of the minimum to be able to exercise its function. Thus, after the observations in Stage I, it was possible to develop mechanisms so that the internal women and their accompanying persons could learn about some specific laws. While the law does not always guarantee its implementation, however much the Social Work professional struggles and provides information to users emancipating them, there will always be that citizen who will be afraid to face the system. There is therefore no real commitment by the government to solve the problem, as there is a lack of sufficient service staff to meet the demand and, in many cases, there is also a lack of commitment of health professionals in the municipality of Ouro Preto do Oeste, so that the services are humanized.

Key Words: Public Health. Social Rights. Social Service.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal Serviço Social

PSF – Programa Saúde da Família

SEMSAU – Secretaria Municipal Saúde

SUS – Sistema Único Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Enfermaria.....	38
Figura 2	Estatuto do Idoso.....	39
Figura 3	Campanha contra a violência doméstica.....	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
CAPITULO I	15
2. METODOLOGIA	15
2.1 MÉTODO DE PROCEDIMENTO: ESTUDO DE CASO	16
2.2 TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS.....	16
2.2.1 Observação	17
2.2.2 Entrevista	18
2.2.3 Diário de Campo	19
2.3 MÉTODO DE ANÁLISE DIALÉTICO.....	19
CAPITULO II	21
3. POLÍTICA DE SAÚDE	21
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE.....	21
3.2 REFORMA SANITÁRIA.....	24
3.3 DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE (SUS).....	27
CAPITULO III	29
4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	29
4.1 A RUPTURA COM A PRÁTICA CONSERVADORA	29
4.2 A SAÚDE COMO CAMPO DE ESTÁGIO.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo compreender a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado, ressaltando as garantias constitucionais e estatutárias conquistadas através do Projeto de Reforma Sanitária em especial o Sistema Único de Saúde, abordando também o enfrentamento do profissional de Serviço Social que através de seu conhecimento teórico e metodológico busca a consolidação deste direito.

Este tema é de grande relevância para o Serviço Social, pois mostra ao(a) acadêmico(a) uma discussão da área da saúde compreendendo a construção do Projeto de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, desvelando a caracterização errônea deste Sistema e aponta também como o(a) profissional do Serviço Social deve direcionar sua ação.

A saúde pública em sua teoria é uma política pública de excelente qualidade, porém não é isso que se vê no cotidiano da população brasileira, hospitais estão abarrotados, usuários da rede pública de saúde morrem diariamente nos corredores dos hospitais por falta de leitos e pelo mau atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho desenvolvido pelo SUS tem como prioridade o atendimento do paciente em questão, no tratamento da sua enfermidade, contudo não é observado pela equipe de saúde hospitalar o acompanhante, um dos objetivos também foi realizar atividades com os(as) acompanhantes, devido às condições que o ambiente proporciona deve-se ter um trabalho desenvolvido com os mesmos.

Este projeto tem como prioridade a interação do paciente e acompanhante com atividades socioeducativas, possibilitando um vínculo tanto dos profissionais da saúde como da própria família/amigo(a) com o(a) paciente.

No Capítulo I apresenta a metodologia utilizada tais como os métodos de procedimentos, as técnicas para coleta de dados e o método de análise utilizado neste trabalho foi o dialético. No segundo capítulo foi retratado o contexto histórico da saúde no Brasil assim como toda sua formulação. No Capítulo III foi relatado a inserção do serviço social na saúde e as intervenções acadêmicas realizadas no Hospital Municipal Dr^a Laura Maria Carvalho Braga no município Ouro Preto do Oeste/RO.

CAPITULO I

2. METODOLOGIA

Metodologia é o estudo dos métodos ou dos instrumentos necessários para a elaboração de um trabalho científico. É o conjunto de técnicas e processos empregados para a pesquisa e a formulação de uma produção científica. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 83): “[...] as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos; [...] não há ciência sem o emprego de métodos científicos”.

A partir do método utilizado obtém-se meios para chegar a um resultado desejado e esperado, as técnicas utilizadas pelo pesquisador é um instrumental que a metodologia abrange dentro do conjunto de conhecimento das ciências.

De acordo com Gil (1987, p. 27):

A ciência tem como objetivo fundamental chegar à veracidade dos fatos. Neste sentido não se distingue de outras formas de conhecimento. O que torna, porém, o conhecimento científico distinto dos demais é que tem como característica fundamental a sua verificabilidade.

A metodologia é o conjunto de métodos, técnicas e instrumentos entre outros procedimentos no desvelar da temática a ser pesquisada em uma determinada realidade. A aplicação do método não procura soluções, contudo, escolhe as maneiras de encontrá-las, integrando-os através de processos e técnicas, com a finalidade de chegar no conhecimento a respeito dos métodos a serem aplicados nas diferentes disciplinas científicas ou filosóficas que garantem a legitimidade do saber obtido.

Para este trabalho optou-se pela metodologia qualitativa porque, possibilita ao pesquisador uma vasta análise dentro das ciências sociais, trabalhando nas mais diversas expressões da questão social, Flick (2009, p. 20) afirma que “a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida”. A partir desta perspectiva é possível desenvolver dentre os mais variáveis ambientes estudos em relação às desigualdades sociais.

2.1 MÉTODO DE PROCEDIMENTO: ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é um instrumento que permite ao pesquisador o aprofundamento da realidade à qual ele está inserido, através dele, poderá ter uma visão ampla dos fenômenos sociais.

Sendo assim o estudo de caso contribui para compreendermos melhor os fenômenos individuais, os processos organizacionais e políticos da sociedade. É uma ferramenta utilizada para entendermos a forma e os motivos que levaram a determinada decisão. Conforme Yin (2001) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de coletas e análise de dados.

Para Yin (2001, p. 19):

O estudo de caso é apenas uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais. Experimentos, levantamentos, pesquisas históricas e análise de informações em arquivos (como em estudos de economia) são alguns exemplos de outras maneiras de se realizar pesquisa. Cada estratégia apresenta vantagens e desvantagens próprias, dependendo basicamente de três condições: a) o tipo de questão da pesquisa; b) o controle que o pesquisador possui sobre os eventos comportamentais efetivos; c) o foco em fenômenos históricos, em oposição a fenômenos contemporâneos.

Essa assertiva possibilita ao pesquisador estabelecer uma linha de estudos mais específica acerca da metodologia a ser aplicada em sua pesquisa, delimitando as áreas a serem pesquisadas de acordo com o tema proposto no campo da ciência. Já que o estudo de caso contribui para o discernimento que se tem relação aos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

2.2 TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

O instrumental para coleta de dados é de suma importância para o pesquisador, para que se desenvolva um trabalho de boa qualidade. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 165) essa é uma "[...] etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos".

Ao iniciar sua pesquisa o pesquisador tem uma série de questões para serem levadas em consideração em sua coleta de dados, quais os instrumentos a serem

utilizados, de que maneira serão aplicados, qual público será destinado a sua pesquisa, qual o objetivo, qual resultado esperado, entre tantos outros dados.

Para Marconi e Lakatos (2003, p. 165):

É tarefa cansativa e toma, quase sempre, mais tempo do que se espera. Exige do pesquisador paciência, perseverança e esforço pessoal, além do cuidadoso registro dos dados e de um bom preparo anterior. Outro aspecto importante é o perfeito entrosamento das tarefas organizacionais e administrativas com as científicas, obedecendo aos prazos estipulados, aos orçamentos previstos, ao preparo do pessoal.

É necessário que a coleta de dados seja previamente planejado, para que não ocorra desperdício de tempo e nem causa confusão para o pesquisador no momento em que ele estiver trabalhando na sua pesquisa.

2.2.1 Observação

A observação é uma das etapas do método científico. A observação é relatada como foi visualizada, sem que, a princípio, as ideias interpretativas do observador sejam tomadas, pode ser entendida como verificação ou constatação de um fato, podendo ser tanto espontânea ou casual, quanto metódica ou planejada. Tal metodologia permite o pesquisador distinguir e alcançar provas no que diz respeito dos objetivos nos quais os indivíduos não tem percepção, mas que conduz seu comportamento.

Sendo assim Haguette (1987, p. 60) trabalha na perspectiva da observação participante onde, “[...] não tem gozado de uma definição clara nas ciências sociais. Pode-se distinguir, entretanto, diferenças básicas entre algumas concepções em termos de suas grandes linhas de abordagem”. Ao pesquisador é interessante essa metodologia pois cria um elo com a comunidade à qual está fazendo parte, sendo praticamente membro da mesma.

Contudo Marconi e Lakatos (2003, p. 194) confirma que a observação participante “consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste”.

A partir da observação pode-se fazer uma análise de conjuntura, a qual não consiste somente em ver e ouvir, a observação vai muito além disso, significa ter a

atenção direcionada para todo um conjunto, torna-se uma das etapas fundamentais durante a realização da pesquisa, pois é por meio dela, que se tem contato direto com a realidade pesquisada, podendo mudar, ou não, da mesma realidade ao qual o pesquisador está inserido.

2.2.2 Entrevista

A entrevista é um dos instrumentos de coleta de dados mais utilizados dentre os mais diversos campos das ciências sociais, geralmente as instituições tem um roteiro pronto, mas não pode ser em formato de questionário, e nem utilizar uma linguagem formal de difícil compreensão por parte do entrevistado, durante a entrevista é mais importante que o pesquisador ouve mais do que realmente fale.

Para Haguette (1987, p. 75):

A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida.

Apesar de o pesquisador ter um roteiro previamente estabelecido ao realizar a entrevista nada o impede de abordar ou acrescentar alguns pontos durante a entrevista, tendo em vista o que fora observado durante o percurso tanto da fala do entrevistado ou até mesmo ao conhecer a realidade daquele determinado local, desde que esteja dentro do cronograma inicial.

Para Lakatos e Marconi (2003, p. 196):

[...] Alguns autores consideram a entrevista como o instrumento por excelência da investigação social. [...] A entrevista é importante instrumento de trabalho nos vários campos das ciências sociais ou de outros setores de atividades, [...] tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema.

Portanto a partir da entrevista o pesquisador pode observar muito além do que se entrevista, o entrevistado pode dizer mais do que lhe é perguntado, um bom pesquisador consegue fazer uma análise a partir dos gestos, do tom de voz do entrevistado, e até mesmo saber se o que está dizendo é verdade ou mentira.

2.2.3 Diário de Campo

O diário de campo é uma ferramenta que permite registrar os dados recolhidos para posteriormente analisar. Essa ferramenta tanto é utilizada pelo acadêmico quanto pelo profissional, a partir da observação, da entrevista, da visita domiciliar que se fez as anotações de tudo que foi observado.

Sendo assim o diário de campo, os relatórios conforme Lima e Miotto (2007), ressaltam que toda a forma de documentação só adquire sentido se for útil tanto para os pesquisadores quanto para a instituição porque, mais do que apenas arquivar informações, deve incidir positivamente nos processos de planejamento e avaliação no sentido de facilitar sua realização.

As informações são detalhadas no diário de campo, porém a escrita não precisa necessariamente ser de uma linguagem formal. De acordo com Sperotto (2009, p. 90) “o diário de campo constitui-se em um instrumento pessoal, não precisa ser compartilhado com os outros, mas é muito importante para a análise da própria prática e acompanhamento do processo de compreensão do objeto de estudo”.

Para o pesquisador essa ferramenta é de grande valia por ser um instrumental pessoal, pode ser utilizado para descrever minuciosamente o que se constatou ao realizar sua pesquisa em campo, onde o pesquisador anota toda informação relevante sobre seus estudos recolhidos de um determinado local ou indivíduo.

2.3 MÉTODO DE ANÁLISE DIALÉTICO

O método dialético exige que o pesquisador conheça o objeto de estudo em todos os aspectos, relações e suas conexões. A dialética envolve muito mais aspectos do que se espera, o mais utilizado é o método de investigação da realidade. A dialética é a história do espírito, das contradições do pensamento que ela repassa ao ir da afirmação à negação.

Segundo Gil (1987, p. 32):

A dialética, enquanto metodologia, é compreendida de maneira diversa, segundo os autores. É possível, porém, identificar alguns princípios que são comuns a toda abordagem dialética: Princípio da unidade e luta dos

contrários. [...] Princípio da transformação das mudanças quantitativas em qualitativas [...] e Princípio da negação da negação [...].

O primeiro princípio discorre sobre a análise dos objetos e dos fenômenos, já que estes apresentam aspectos contraditórios, sendo assim, essas contradições existentes possibilita desvendar a própria fonte do desenvolvimento e da transformação da natureza e da sociedade. O segundo princípio retrata de modo científico que nesse processo de desenvolvimento a transformação de quantitativa para qualitativa são mudanças graduais que ocorrem naturalmente. E o terceiro princípio se dá a partir do desenvolvimento da própria dialética, com repetição dos aspectos anteriores.

Contudo o método dialético consiste em demonstrar uma tese por meio de uma argumentação capaz de identificar claramente os conceitos envolvidos na discussão. Pois estes conceitos da realidade que se baseia em oposições e em choques entre dois ou mais fatores para explicar uma nova situação decorrente desse conflito, pois é através dos conflitos que podemos chegar a uma realidade.

De acordo com Demo (1995, p. 104) “[...] a expectativa dialética era mais extremada, quando visualizava transformações históricas de radicalidade total, a ponto de considerar dialética a própria dialética”. O ponto inicial se dá a partir da tese, proposição positiva, essa proposição se nega ou se contradiz então a primeira proposição que nega é a antítese, cuja, constitui a segunda proposição, e quando negada obtém-se a síntese que é a terceira proposição, que por sua vez nada mais do que a negação da tese e da antítese. O método dialético seria a captação específica da própria história, em um contexto de uma história e uma ciência totalmente nova.

CAPITULO II

3. POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE

Retratar a evolução histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) é falar sobre saúde pública principalmente discorrer as políticas públicas do Brasil. No período colonial (1500-1822) a questão da saúde nem era discutida, quem ficava doente não tinha nenhum direito nem de ser medicado, muitos morreram trabalhando. Muitas doenças foram trazidas pelos colonizadores tais como: febre amarela, tuberculose, sarampo, varíola, entre outras, doenças. Essas doenças a população tradicional nunca tiveram contato antes, não tendo portando imunidade para tais enfermidades, acarretando mortes de milhares de índios.

No período colonial era muito comum os dejetos serem jogados no centro das ruas por um canal a céu aberto que dava acesso ao mar, devido a precarização de saneamento básico e falta de higiene nos grandes centros das cidades. Os escravos, os indígenas e os próprios colonizadores estavam sujeitos a inúmeras doenças contagiosas. O acesso a saúde era praticamente nulo. Somente a partir da chegada da família real em 1808, que os médicos portugueses vieram para o Brasil, porém não havia profissional da área da saúde suficiente para atender todo demanda. Com isso a maior parte da população consultava curandeiros.

Segundo Matta e Moura (2007, p. 32) as primeiras ações de saúde foram voltadas para a sede administrativa da colônia:

[...] As primeiras ações de saúde pública (políticas de saúde) que surgiram no mundo e que também passaram a ser implementadas no Brasil Colônia voltaram-se especialmente para: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; e teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

Em função da pressão dos portugueses residentes na Colônia e dos latifundiários ligados a exploração da cana de açúcar o governo português responde os anseios destes grupos implantou a primeira escola de medicina, em Salvador. As

suas ações relacionadas a assistência hospitalar ficou sob a incumbência das Santas Casas. Estes estabelecimentos proporcionavam abrigo e amparo religioso aos moribundos, todavia vale destacar que os recursos eram poucos e não dava para atender toda população. Havia apenas um médico que através de assistentes, fiscalizava a prática médica e a venda de medicamentos, que eram feitas nas boticas (junção da farmácia com a medicina).

A partir da transmigração da Família Real Portuguesa no Brasil vieram os médicos, mas somente para atender os membros da Coroa Portuguesa. Enquanto trabalhadores, indígenas e escravos ficavam a mercê das doenças típicas daquela época, as quais se estenderam até os dias atuais.

Quando o imperador D. Pedro I declarou a independência do Brasil acreditava-se que as condições de saúde melhorariam porém nada foi feito, apenas ações que buscaram garantir condições mínimas de higiene, porém somente na cidade do Rio de Janeiro, onde estava localizada a capital do Império. Não havia preocupação com a saúde da população em geral, mas sim para os nobres portugueses.

Somente quando o Brasil se torna República que houve a preocupação com a saúde do trabalhador, pois não seria viável financeiramente que o funcionário ficasse doente, que seria a questão do direito social, dignidade humana, porém aos olhos da burguesia não se tratava da garantia dos direitos sociais mais sim interesses econômicos. Pois o empregado que não exercesse sua função devido alguma enfermidade deixava de produzir e isso não era bem visto pelo capital.

Nesse período republicano os ideais eram de progresso a todo custo, mesmo o Brasil sendo um país de produção agrícola, a visão que se tinha era ainda europeia com a tecnologia e a modernidade, sendo essa uma contrariedade no contexto da realidade brasileira, ao trazer o homem do campo para o centro da cidade para trabalhar, o capital estava expondo-o as inúmeras doenças típicas encontradas na cidade. Mais tarde o Estado teria que usar de medidas intervencionistas para controlar as epidemias e os males que assombravam a população.

A preocupação com a saúde da população rural e urbana surge a partir do final do século XIX ao início do século XX e foram bem significativas, onde ocorreu medidas de reforma urbana e higienização das cidades e as vacinas para combater

as pestes que eram avassaladoras contra a saúde tanto dos trabalhadores quanto da elite.

Sendo assim Bravo (2006, p. 76) afirma:

A análise da política pública de saúde e do potencial, limites e desafios colocados ao controle social por meio da participação social na elaboração e fiscalização dessas políticas exige, inicialmente, a explicação das condições históricas que demarcam este debate na atualidade.

Um exemplo expressivo foram os conselhos de saúde que surgiram no Brasil a partir dos anos 1990, onde o país estava passando por um período de retrocesso dos direitos sociais. Contudo Bravo (2006) contextualiza que nesse processo de globalização e mundialização a tendência do capital se faz na financeirização da iniciativa privada o que não é muito diferente no século XXI.

De acordo com Conh et al. (2008, p. 15) "[...] os preceitos de saúde pública respondem às medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias – combate à febre amarela e varíola, por exemplo – que tanta celeuma provocam desde o início do século".

O sistema capitalista apoiado no neoliberalismo, que prega o afastamento do Estado nas relações de mercado, transfere para a própria sociedade a responsabilidade de dar respostas às demandas sociais emergentes.

Todavia Montañó (2003, p. 188) destaca:

Assim como solução parcial da crise capitalista, o neoliberalismo visa à reconstituição do mercado, reduzindo ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas de atividades. E o que já caracterizamos como a passagem do fundamento da legitimação sistêmica das lógicas democráticas (particularmente no âmbito estatal) para as lógicas da sociedade civil e do mercado. Desta forma, a desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas e a reestruturação produtiva vão da mão da reforma do Estado, particularmente na sua desresponsabilização da intervenção na resposta as sequelas da questão social.

Ao analisar o ideário neoliberal percebe-se nitidamente que o capital impõe que a responsabilidade seja repassada para a sociedade, cuja passa a ter que buscar meios de prover as suas necessidades de atendimentos de saúde que sejam por meio do mercado ou entidades do terceiro setor, já que os gastos sociais por parte do Estado estão cada vez mais minimizados.

Contudo Cohn et al. (2008, p. 14) ressalta:

A intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do setor privado data de 1919, com o seguro de acidentes do trabalho, sendo da década de 20 a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). O decreto-lei n. 4682/23 cria a primeira CAP, dos ferroviários, tendo-se este modelo de seguro social rapidamente multiplicado nos anos subsequentes.

O capitalismo é um sistema que é capaz de provocar retrocesso várias vezes de acordo com suas necessidades. E na contratendência das crises o capital sempre recorre ao Estado para garantir sua financeirização.

Sendo assim Bravo (2006, p. 77) enfatiza:

[...] que o pensamento liberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social”, já que não admite os direitos sociais uma vez que os metamorfoseia em dever moral. Opera uma profunda despolitização da “questão social” ao desqualifica-la como questão pública, e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes.

Embora o direito ao serviço de saúde seja universalizante ainda que esteja na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado, para o capital o que prevalece é o lucro obtido em cima das políticas públicas.

3.2 REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária foi elaborada e articulada no Brasil a partir dos meados de 1970. Tudo isso aconteceu em um período em que os indivíduos sociais estavam emergindo dos movimentos das lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (Paim, 2008).

De acordo com Bravo (2006, p.78):

A Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sócias e, por conseguinte, pela saúde.

Os militantes de movimentos sociais e cidadãos cansados dessa visão de saúde excludente e nada democrática começaram a lutar por mudanças. Em meio a uma ditadura militar, na qual a liberdade de expressão havia sido aniquilada e os movimentos organizados eram vistos como ameaças, esses setores da sociedade lutaram sem trégua e, em 1988, conquistaram a inserção, na nova Constituição Federal, que surgia com a queda da ditadura, o direito à saúde para todos os cidadãos, um sistema universal e sem restrições. Saúde passaria a ser um dever do Estado, que deveria, através de políticas públicas, garantir esse direito.

De acordo com a Constituição Federal do Brasil de 1988:

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

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Anterior a criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública era restrita apenas aos trabalhadores de carteira assinada, aqueles que contribuíam com a previdência social. Nesse modelo, desempregados, trabalhadores informais, donas de casa, entre muitos outros, que não podiam pagar pela medicina privada, tinham que contar apenas com instituições filantrópicas de caridade, curandeirismo e com a sorte. Era um modelo que não escondia a motivação de proteger a mão-de-obra para não ter perda da produtividade com o adoecimento dos trabalhadores e não se importava verdadeiramente com a saúde da população.

Sendo assim Bravo (2006, p. 78) ressalta que:

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988, de um sistema público universal, não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinha direito.

Esse sistema que surgiu de forma a garantir a saúde como um direito fundamental se chama Sistema Único de Saúde ou, como é mais conhecido, SUS. O SUS é um sistema gigantesco e suas ações vão desde ações de Prevenção e Promoção da Saúde até ao atendimento propriamente dito. O SUS possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade a partir da década de 80 mudando também suas ações para as práticas e os serviços. De acordo com o Ministério da saúde, os princípios doutrinários do SUS são: universalidade, integralidade da assistência, equidade, descentralização político-administrativa e participação da comunidade.

De acordo com Figueiredo e Tonini (2007, p.18-19):

Em 1987, o movimento pela reforma sanitária conseguiu intervir nas resoluções da Assembleia Nacional Constituinte, inscrevendo um capítulo exclusivo referente à saúde na Constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Sua implantação colocou em debate a mudança de um novo modelo de assistência voltada apenas para o objeto saúde/doença.

Com as mais diversas mudanças que o SUS proporcionou para toda a população brasileira, e/ou estrangeira que no território brasileiro se encontra cujo, seja residente ou turista, permitiu-se o direito de todos os cidadãos acesso a consultas, exames internação tratamento de saúde tanto nos postos de saúde quanto nos hospitais. Porém toda essa mudança no âmbito da saúde brasileira somente foi regulamentada no final de 1990 com a Lei n. 8.080, regulamentada em todo o território nacional.

Por mais que a saúde pública nacional seja cheia de falhas, sofrendo com a falta de investimentos ao longo de décadas, tendo sucateado a infraestrutura do modelo e demorando bem mais que o ideal para usufruir das novas tecnologias do setor é preciso reconhecer que nos últimos anos registraram avanços importantes para a sociedade num conjunto todo.

Porém Bravo (2006) afirma que “os partidos de esquerda foram fundamentais na Constituição de 1988 e, a partir dos anos 1990, não conseguiram formular uma agenda em defesa das políticas públicas, da Seguridade Social e da Reforma Sanitária”. Isso fez com que o governo do Partido dos Trabalhadores não conseguisse mobilizar a sociedade e nem de ampliar os direitos sociais que a princípio estava no projeto de governo.

3.3 DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE (SUS)

O período que marca toda a mudança da Reforma Sanitária e a Democratização da Saúde no Brasil aconteceu efetivamente a partir do marco político na história do país, quando Luiz Inácio Lula da Silva, foi eleito como Presidente da República do Brasil em 2002, assumindo o governo em 1 de Janeiro de 2003.

Sendo assim Bravo e Menezes (2013, p. 20) afirmam:

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acredita-se que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperavam transformações profundas, diante dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

Finalmente o Brasil estaria rumo a democracia e que de fato as políticas sociais, principalmente no segmento da saúde, teria um avanço qualitativo. Almejava-se uma nova roupagem no cenário político brasileiro, embora os ajustes a serem efetuados não fossem tão drásticos nos primeiros meses de mandato, a sociedade estava confiante e depositara toda expectativa no novo governo do Partido dos Trabalhadores.

Seguindo a análise de Paim (2008, p. 153 -154):

A recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, anunciada pela Nova República, e a promessa de ampliação dos direitos sociais como resgate da chamada “dívida social” acumulada durante a ditadura, apontavam para a construção de um Estado ampliado no qual um maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e grupos de interesse se fizessem presentes no interior do Estado e na ação estatal.

Contudo era possível afirmar, que embora o país tenha um extensão territorial significativamente grande, colocar as ações transformadoras em prática significaria entrar em embate, principalmente com interesses econômicos de grupos altamente organizados, e enfrentar os desafios de complexidade representado pela implementação de um sistema único de saúde em todo o país.

De acordo com Paim (2008, p. 156-157):

Ao se conceber a Reforma Sanitária como um “longo processo”, vinculado à democratização da saúde, apontava-se para a sua natureza política,

consequentemente a sua subordinação às conquistas da sociedade no que se refere à democracia e à saúde. Ao se reconhecer, por outro lado, os obstáculos vinculados à cultura e à estrutura de poder da sociedade brasileira, que se manifestavam mediante “interesses eleitorais e clientelistas”, sugeria-se que a ruptura ou superação teria um preço a pagar: não seria suave, nem indolor.

Nos dias atuais ainda é possível perceber os interesses eleitorais e clientelistas, que infelizmente é presente no cenário político brasileiro, principalmente no que se refere a saúde pública, onde ocorre o atendimento privilegiado e os abusos contra aqueles que necessitam da saúde pública.

Para Bravo e Menezes (2013, p. 26):

Paim et al. (2005) realizaram um estudo, no primeiro ano do primeiro mandato, em que avaliou a política de saúde a partir das seguintes temáticas: atenção básica; atendimento hospitalar e alta complexidade; programas especiais; vigilância epidemiológica e sanitária; assistência farmacêutica; assistência médica suplementar e controle social.

A partir do estudo realizado, foi possível levantar dados para que fossem criadas ações que atendessem as necessidades à atenção básica, como por exemplo o fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF) onde seria possível atender a sociedade com maior amplitude.

Segundo Bravo e Menezes (2013, p. 29):

O Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula não apresenta um compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho (PAIM, 2008).

Portanto as promessas feitas durante o primeiro e o segundo mandato, do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva e no governo Dilma, não foram cumpridas principalmente com o Projeto de Reforma Sanitária. As autoras Bravo e Menezes ressaltam (2013, p. 30), “é necessário, portanto, retomar os conceitos da reforma sanitária brasileira, que não se limitam à construção do SUS, também engloba o aumento da capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença”. É de suma importância tratar as doenças na sua origem, por isso o fortalecimento do PSF é tão importante, pois é a partir daí que os profissionais da saúde consegue diagnosticar prematuramente uma determinada enfermidade.

CAPITULO III

4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

4.1 A RUPTURA COM A PRÁTICA CONSERVADORA

A partir da década de 1960 o Serviço Social buscou uma ruptura com a prática conservadora da categoria, passou a defender os direitos da classe trabalhadora com uma visão de uma nova ordem societária, que até então o(a) profissional do Serviço Social tinha que atender as duas classes, proletariado e burguesia. O Brasil passava também por uma redemocratização política, destacando o movimento de reforma sanitária que lutava pela universalização do acesso à saúde.

Para Cohn e Elias (2005, p. 65):

O objetivo em prol da melhoria da saúde dos brasileiros e da implementação de um sistema que contemple pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis de atenção – com parâmetros definidos socialmente – exige que as políticas sociais macroeconômicas articulem-se de alguma maneira com as políticas sociais, sobretudo com as de saúde e educação.

É imprescindível que haja uma política nacional de prioridade para o combate à exclusão social, porém é primordial desde que não isole nenhuma política social, é de suma importância que as estruturas organizadas funcionem bem entre si.

A inserção do Serviço Social na saúde ocorreu após o movimento de reconceituação da década de 1970. Embora o Serviço Social tenha recebido as influências dessa conjuntura de luta política, a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo não foi identificada uma participação diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária, onde só ocorreu na década de 1990.

A saúde brasileira na atualidade está demasiadamente defasada, e a sociedade sofre com a carência dos serviços ofertados isso faz com que ressurgam os movimentos de reivindicação dos direitos, pois é através destes movimentos sociais que a sociedade é beneficiada.

Para Cohn et al. (2008, p. 131):

[...] a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – partilha a ótica maior da construção da cidadania a partir das reivindicações concretas dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade. Ela busca, pela superação da dicotomia entre o institucional e o social, a legitimidade das reformas concretas que respondam às expectativas e necessidades da população. Assim sendo, impõe-se uma reflexão sobre as carências sentidas por estes segmentos, bem como as suas expressões concretas no sentido de saná-las.

Ao abordar sobre o andamento de movimento de reivindicação é fundamental acercar-se sobre o contexto da necessidades a serem almejadas, pois um movimento é muito mais do que simplesmente ir as ruas e exigir o que lhe é de direito, há muitos impasses políticos envolvidos dentro de todo o segmento sociedade x estado.

Segundo Vasconcelos (2009, p. 21):

Dentro do projeto ético-político hegemônico no Serviço Social (na formação e no debate acadêmicos, na regulamentação profissional e no código de ética), um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas – a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo – sem perder a perspectiva de médio e longo prazo.

O(a) profissional do Serviço Social desenvolve seu trabalho a partir das mazelas da sociedade, isso exige muito do(a) assistente social, pois está envolvido diretamente com o ser humano e é necessário ser profissionalmente articulado, devido as condições físicas e psicológicas em que o(a) usuário(a) pode se encontrar. Com uma frequência quase que rotineira esse(a) profissional tem o mínimo de instrumental para realizar seu trabalho, um déficit significativo por parte do Estado.

Sendo assim Cohn et al. (2008, p. 137-138) ressalta:

A formulação de carências por parte da população no que se refere ao local de moradia assume desta forma uma dupla dimensão política: ela é selecionada dentre aquelas que o próprio poder público se propõe a atender e, por outro lado, revela como contrapartida a valorização do Estado como provedor de equipamentos e serviços de consumo coletivo. Isto significa que as carências assim entendidas supõem uma concepção acerca do poder público como uma instância cuja finalidade, ou ao menos parte dela, constitui-se na prestação desses serviços.

Portanto para identificar essas carências e prestar um atendimento de qualidade ainda há muito em que se investir na área da saúde, a precarização é visível, de acordo com Silva e Mendes (2013, p. 51), “a proposta de efetiva universalidade na saúde e a transversalidade das políticas públicas não se realiza

em tempos de crescente redução do gasto público social”. É preciso que haja verbas destinadas a área da saúde e que sejam suficientes para cobrir as necessidades e os problemas já existentes.

De acordo com CFESS (2017, p. 16):

A relação orgânica entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira vincula-se ao horizonte social estratégico a que ambos se filiam, cujas estratégias de democratização da riqueza socialmente produzida e o acesso universal aos bens e serviços exigem tanto a resistência à sociabilidade capitalista, como o reforço ao movimento organizado dos/as trabalhadores/as.

Uma das principais proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Contudo é possível afirmar que a concepção ampliada de saúde permite aos usuários melhores condições de vida e de trabalho, a importância dos determinantes sociais, a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS em harmonia com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de saúde, proporcionando ao usuário uma qualidade de vida melhor.

Vale ressaltar que na Constituição Federal de 1988 nos seus artigos 196 à 200 dispõe sobre a saúde, o dever do Estado para com a sociedade, as ações e serviços de saúde, o atendimento integral, a importância das atividades preventivas, a participação da comunidade, ou seja, a luta da sociedade pela garantia de direitos teve concretização a partir da CF, considerada um grande avanço, pois nesse período instaurava-se os direitos sociais e inaugurava-se a Seguridade Social no Brasil, contemplando portanto as políticas universais, era composta através do tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Saúde que se caracterizou enquanto política universal, não contributiva, representada pela criação do SUS; Previdência Social considerada uma política restrita aos trabalhadores contribuintes; e Assistência Social, destinada a quem dela necessita, garantindo segurança de sobrevivência e autonomia da população.

Com relação à Saúde, após vários acordos políticos e muita pressão popular, o texto constitucional atendeu em parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudicou os interesses de alguns empresários do setor hospitalar mas não alterou a situação da indústria farmacêutica. Muitos foram os avanços no âmbito da política

de saúde, a pauta das reivindicações do movimento sanitário foi contemplada constitucionalmente.

Para Teixeira (1989, p. 50-51) as principais conquistas foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades provadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Porém o avanço conquistado na área da saúde com a CF, sofreu uma drástica interrupção na década de 1990, com a implantação do ideário neoliberal no Brasil. No contexto brasileiro ocorreu grandes mudanças, o sistema capitalista apoiado no neoliberalismo, pregava o afastamento do Estado nas relações de mercado, transferindo para a própria sociedade a responsabilidade de dar respostas às demandas sociais emergentes, ocasionando portanto retrocesso mais uma vez na conjuntura da saúde pública no Brasil.

De acordo com Vasconcelos (2009, p. 430):

[...] O campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética. Assim, a educação em saúde envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações[...].

A inserção do assistente social na Saúde apresenta diferentes demandas para atuação deste profissional. Para Iamamoto (2008) a organização social capitalista possui diversas armadilhas cujas são inseridas no cotidiano profissional, as quais devem ser objetos de muita atenção. Sendo assim o(a) Assistente Social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

O (a) assistente social, como profissional de Saúde, tem como competências intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja ao nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde, sempre sendo um profissional Ético e comprometido com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Portanto Barroco (2012, p.87) ressalta: “a objetivação ética do compromisso com os usuários supõe uma postura responsável e respeitosa em relação às suas escolhas, mesmo que elas expressem valores diversos dos valores pessoais do profissional”. É importante que a atenção à saúde não esteja centrada apenas sob o enfoque médico, mas também nas diferentes intervenções cujas práticas enfocam a prevenção. É no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que o profissional intervém para assegurar o cumprimento deste direito que é expressão mínima de outros grandes embates que o profissional enfrenta no setor de saúde.

Sendo assim o(a) assistente social na área de saúde exerce as seguintes funções dentro da unidade hospitalar como coordenar, chefiar e supervisionar as atividades do Serviço Social, estas funções são essenciais para que o(a) assistente social pode prestar assessoria técnica na elaboração de planos, programas e projetos junto à direção, às chefias, equipes multiprofissionais, instituições e população usuária com qualidade e eficiência.

A intervenção social é uma função ampla, articula-se com as demais funções, sendo a ação propriamente dita, específica do Serviço Social. Vai garantir a ação do mesmo, dentro dos objetivos propostos pelos profissionais, permitindo o atendimento da população usuária, quer a nível individual, grupos ou comunitária, em consonância com as suas atribuições específicas. O (a) profissional precisa estar sempre atualizando-se, capacitando-se, não ficando estagnado na instituição. O (a) assistente social precisa proporcionar aos estudantes de Serviço Social condições de aprendizagem de acordo com as possibilidades da unidade, tendo em vista as exigências curriculares e as disposições institucionais, participar de treinamentos com profissionais de outras áreas. A ação comunitária propicia a participação em vários níveis da comunidade a serem trabalhadas de modo a fornecer o desencadeamento do processo de desenvolvimento da comunidade.

Algumas das atribuições do profissional do Serviço Social na área de Saúde são discutir com os usuários e/ou responsáveis situações problemas, acompanhamento social do tratamento da saúde, estimular o usuário a participar do

seu tratamento de saúde, discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do(a) paciente, interpretando a situação social do mesmo, informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania, elaborar relatórios sociais e pareceres, participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar, discutir com os familiares/acompanhantes sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente e até mesmo do(a) próprio(a) acompanhante.

4.2 A SAÚDE COMO CAMPO DE ESTÁGIO

A Constituição Federal de 1988 foi muito importante para a garantia do direito à saúde pois foi criado o Sistema Único de Saúde, o SUS. Em seus princípios apontam principalmente para a democratização nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a ser norteados pelas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS. Bem como o desenvolvimento de ações que dão prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde da Estância Turística Ouro Preto do Oeste, tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida para a sociedade. A SEMSAU tem o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independentemente da condição social de cada um.

O objetivo do Hospital é permanecer como organização que cuida da saúde, com excelência e consolidar-se como referência no campo da gestão da qualidade em nível nacional. Procura as novas formas de diagnósticos, tratamento e prevenção das doenças, bem como o bem-estar do paciente. Oferecer soluções em saúde com qualidade nos serviços, tecnologia atualizada, recursos humanos.

Ao analisar a atuação do(a) assistente social a questão social é vista como objeto de trabalho desse profissional do Serviço Social. O conceito de questão social está relacionado tão e somente com o sistema capitalista de produção, ou seja, a forma como a riqueza em uma sociedade é produzida e repartida. O capitalismo dá

origem a muitas desigualdades sociais, uma área vital de intervenção do Serviço Social.

A atual questão social refere-se à ampliação do trabalho na sociedade capitalista começando pela degradação do trabalho, a perda e o desaparecimento de muitas categorias e postos de trabalho, e isso ocorre quando o Estado passa a se retirar do campo social com cortes, privatizações e etc.

De acordo com Iamamoto (2000, p. 57-58):

A questão social explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado, mas as políticas sociais, por si, não explicam a questão social. Aquela é portanto, determinante devendo traduzir-se como um dos pólos-chaves da formação e do trabalho profissional.

Com muita frequência surgem nos hospitais, circunstâncias sociais adversas que justificam a intervenção do(a) assistente social. Em cada caso, realiza uma valoração e um diagnóstico social baseado na análise das carências e as necessidades existentes, para depois passar à definição das ações que devem ser realizadas.

As atividades realizadas no período de Estágio em Serviço Social, ocorreram nos meses de março a junho de 2018, as quais foram planejadas no período do Estágio em Serviço Social que aconteceram nos meses de agosto a novembro de 2017, com o intuito de informar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os seus direitos em relação ao que o Estado disponibiliza à população brasileira.

No que tange à saúde pública no Brasil, há uma precariedade muito grande nos serviços oferecidos à sociedade, porém, dentro da análise realizada no decorrer do período de 1 (um) ano de estágio curricular, percebeu-se que é de grande valia a inserção do profissional de Serviço Social no âmbito hospitalar.

O (a) assistente social trabalha com a emancipação do sujeito dentro da área da saúde. Durante o tempo de observação acadêmica de estágio em Serviço Social, foi imprescindível analisar a atuação da assistente social se atentando até no momento de realizar as intervenções, pode-se observar a carência que a sociedade possui em saber/conhecer quais são os seus direitos referentes a exames, consultas, medicamentos, higiene pessoal e até alimentos que o SUS fornece ao usuário que necessite de uma alimentação específica.

Nesse sentido, GIL (2008, p.100), ressalta que:

A observação nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano. [...] apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. Desse modo, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida.

A partir das observações foram elaboradas as atividades socioeducativas desenvolvidas no Estágio II, de acordo com a necessidade que a população usuária tinha carência. Todo o processo fora subsidiado a partir da supervisão tanto da Assistente Social de campo, quanto com a supervisão acadêmica.

A supervisão de campo foi realizada semanalmente, tendo como supervisora a Assistente Social de campo, cujo este é responsável pela estagiária e de orientá-la ensinando-a a utilizar os instrumentais de trabalho do profissional do Serviço Social, vinculando a teoria com a prática.

De acordo com Buriolla (1996, p. 83):

O supervisor, pela sua própria condição, tem (ou precisa ter) um cabedal mais amplo de conhecimentos teóricos-metodológicos, de cultura geral, de experiências e de vivências práticas profissionais. Porém, o estagiário também tem um saber que deve ser coletivizado, explorado, trocado, no processo da supervisão.

É necessário que a convivência supervisor(a) e estagiário(a) seja harmoniosa para que haja um bom relacionamento entre o(a) profissional do Serviço Social e o(a) acadêmico(a). Sendo, portanto de grande valia a troca de conhecimentos de ambas as partes.

Conforme a Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (2010, p. 19):

Aos(às) supervisores(as) de campo cabe a inserção, acompanhamento, orientação e avaliação do estudante no campo de estágio, em conformidade com o plano de estágio, elaborado em consonância com o projeto pedagógico e com os programas institucionais vinculados aos campos de estágio; garantindo diálogo permanente com o(a) supervisor(a) acadêmico(a), no processo de supervisão.

Contudo é de suma importância essa ligação da teoria com a prática para que um trabalho/pesquisa seja desenvolvido com excelência, a academia tem o papel de fornecer ao(a) aluno(a) qualidade nos ensinamentos, enquanto o campo de atuação determina o(a) profissional de acordo com a sua qualificação.

Durante o período de intervenção do estágio em Serviço Social pode-se perceber o quão a sociedade é carente de informação a respeito dos seus direitos

enquanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por mais que tenha acesso às tecnologias disponíveis no próprio aparelho celular não se atentam em buscar conhecimentos sobre os seus direitos enquanto cidadãos.

A tecnologia permite que todos tenham acesso às informações possibilitando que os mesmos tenham conhecimentos dos serviços públicos disponíveis, por mais que os direitos sociais estejam sendo validados, o usuário pode ter em mãos por meio virtual as diretrizes do SUS, a lei que o regulamenta entre os diversos serviços oferecidos pelas políticas de saúde pública.

Essa questão ficou bem nítida quando a intervenção acadêmica foi realizada no mês de março de 2018 onde ocorreu a apresentação da aluna do curso de Serviço Social e para que objetivo e finalidade dessa atividade, foi feita a identificação de quatro pacientes e quatro acompanhantes que estavam na enfermaria feminina 1 de 2 enfermarias femininas existentes, totalizando o número de oito pessoas, já que na segunda não havia pacientes. Foi realizada primeiramente uma breve apresentação do que discorre a Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”, em seguida sobre o que é o Serviço Social e conseqüentemente o que o Serviço Social realizava dentro SUS, principalmente a atuação profissional do(a) assistente social dentro do Hospital Municipal de Ouro Preto do Oeste, foi elaborado um informativo que foi entregue a cada uma das pessoas presentes na enfermaria, conforme mostra a foto a seguir.



Figura 1 - Enfermaria
Créditos acompanhante de paciente, 2018.

Um fato muito interessante ocorrido nessa intervenção é de que havia três idosas e uma delas de 65 anos de idade não recebia aposentadoria e nem qualquer outro tipo de benefício, apesar que não estava dentro do cronograma inicial, surgiu a partir da dúvida da paciente um fator muito importante que é do desafio da profissão onde o profissional do Serviço Social seja ele(a) de qual for a área de atuação, deve estar sempre preparado para passar informação adiante, por isso a importância da qualificação profissional, fundamentação teórica e não se tornar um profissional apenas de prática executiva mas também propositiva (IAMAMOTO, 2013).

A receptividade inicial ocorreu de forma mais retraída e conforme a intervenção acadêmica foi acontecendo, discorrendo sobre os direitos das usuárias do SUS foi proporcionando mais informação as pacientes e acompanhantes, a partir daí o grau de interesse aumentou tanto sobre o SUS quanto ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), dentro das possibilidades e conhecimentos acerca do BPC foi passado a(s) idosa(s) quais o procedimentos a serem tomados em relação ao processo do requerimento do benefício.

Foi explicado que é um benefício de renda no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência de qualquer idade ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a

participação e interação plena na sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até 1/4 de salário mínimo por pessoa, dando por entanto o encerramento a intervenção acadêmica.

A próxima intervenção acadêmica foi realizada no mês de junho de 2018, com a temática da Lei Nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 onde “Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.”, visto que há um percentual significativo de idosas que ficam internadas no Hospital Municipal.



Figura 2 - Estatuto do Idoso
Créditos: Geicilaine, 2018

Após a apresentação do Estatuto do Idoso ocorreu uma roda de conversa entre as três pacientes e as três acompanhantes que se encontravam na área de internação do Hospital Municipal, dentro dessa roda de conversa uma acompanhante que também é idosa se identifica e percebe que os seus direitos como idosa estão sendo violados pelo próprio grupo familiar, em sua fala ela discorre que: *“minha filha sai para trabalhar e deixa seu filho sobre minhas responsabilidades, além de cuidar dele eu faço almoço pra ele e tenho que levar pra escola porque ele estuda a tarde e minha filha não pode porque está trabalhando, eu já cuidei dos meus filhos e agora ajudo a cuidar da minha mãe, que tem sérios problemas de saúde, sem contar dos meus próprios problemas de saúde também, agora com o Estatuto do Idoso em mãos, vou chegar até minha filha e dizer que não quero ser responsável em cuidar do meu neto todos os dias, que agora tenho que pensar em mim e não somente nos outros”* no sentido de que ela(idosa) não tinha

direito ao lazer pois além de ter a responsabilidade de cuidar de sua mãe idosa também cuidava do neto, contudo a idosa fora orientada pela acadêmica e em seguida a mesma pontuou a importância dessa intervenção, pois até o exato momento já havia ouvido falar sobre o Estatuto do Idoso mas a materialização do mesmo nunca tinha tido contato e que a partir dessa informação ela iria buscar autonomia e viver como de fato um(a) idoso(a) merece viver, e de fato uma simples conversa pode-se obter informação e adquirir mais conhecimento acerca de determinado assunto.

De acordo com Gatti (2005, p.11) as rodas de conversa:

[...] Permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite ideias compartilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros.

Essas atividades socioeducativas realizadas dentro das instituições não somente na área da saúde, mas também nas mais diversas atuações onde o profissional do Serviço Social está inserido é de muita relevância, sendo assim as rodas de conversas possibilita a interação social com a própria família e com quem está em volta, possibilitando um diálogo diversificado e também de grande aprendizado.

A intervenção acadêmica seguinte foi com a temática da Lei N. 11.340 de 7 de Agosto de 2006, que “Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.” Atividade realizada em junho de 2018.



Figura 3 - Campanha contra a violência doméstica
Créditos: Geicilaine, 2018.

É muito importante retratar essa temática dentro do âmbito hospitalar devido as repressões que a maioria das mulheres sofrem, e por medo de ser discriminadas pela sociedade e até mesmo pela própria família não realiza a denúncia, a violência acometida contra a mulher não é somente física, mas também a agressão moral, psicológica e sexual. A intervenção foi realizada com duas pacientes que estavam internadas e ao dialogar com elas sobre o que se tratava a lei acima citada, conhecida como Lei Maria da Penha nenhuma das duas demonstraram em suas reações que haviam sofrido algum tipo de violência. Foi realizada a leitura da Lei N. 11.340 onde diz que:

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

No período de Estágio em Serviço Social, durante as visitas realizadas nos leitos pela assistente social e pela estagiária, observou-se uma paciente a qual foi agredida fisicamente pelo seu companheiro, com muitos hematomas pelo corpo inclusive nas pernas, impossibilitando-a de ficar em pé devido à gravidade da violência. Contudo a partir dessa observação houve a necessidade de trabalhar essa temática de violência contra a mulher na unidade hospitalar, esse tema é um tanto quanto constrangedor para algumas mulheres, pois retrata de certa maneira sua fragilidade, onde muitas vezes acaba ocorrendo a culpabilização por parte da própria vítima, as agressões sofridas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realização deste trabalho foi possível discorrer sobre a historicidade da saúde pública no Brasil, e o quanto é precário o cenário brasileiro e o descaso por parte do poder público em relação ao acesso da sociedade a esse direito constituído por Lei.

Durante o estágio em Serviço Social pode-se constatar as dificuldades enfrentadas pela assistente social tais como falta de instrumental de trabalho, isso afeta diretamente o trabalho a ser desempenhado pela profissional dificultando a efetivação dos direitos dos usuários pois a falta de recursos materiais é impeditiva do atendimento de qualidade conforme determina a Lei.

Durante as intervenções foi nitidamente identificada a falta de conhecimento dos usuários dos serviços da saúde em relação às leis específicas como SUS, Constituição Federal, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha e o BPC. Contudo é possível afirmar que dentro do âmbito hospitalar há a necessidade de realizar palestras para os(as) acompanhantes e pacientes acerca dos seus direitos como cidadãos.

A intervenção enquanto estagiária do Serviço Social se pautou em contribuir para a ampliação de informações e empoderamento das pessoas usuárias dos serviços de saúde quanto ao que determina a legislação, porém o tempo foi restrito e percebe-se a necessidade de continuidade por outros estagiários e também por profissionais de diversas áreas e especificamente por profissionais de Serviço Social ao que lhes compete efetivar.

Portanto, é importante a contratação de mais profissionais de Serviço Social para atender a toda demanda, já que é uma instituição que funciona 24 horas. Ao acompanhar a rotina do hospital detectou-se que surgem problemas e demandas as mais variadas durante as 24 horas de atendimento e para tanto é fundamental e imprescindível que haja plantões do Serviço Social durante todo o período de atendimento para que seja possível aos usuários alcançar acesso aos serviços de forma humanizados conforme preconiza a Lei.

REFERÊNCIAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Política Nacional de Estágio**. 2010.

BARROCO, M.L.S.. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988.

_____. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/l10.741.htm acessado em 20-06-2018.

_____. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm acessado em 01-07-2018.

_____. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm acessado em 20-06-2018.

BRAVO, M.I.. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **Supervisão em Serviço Social**: o supervisor, sua relação e seus papéis. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Residência em Saúde e Serviço Social subsídios para reflexão**. Brasília – DF, 2017.

COHN, A. [et al]. **A saúde como direito e como serviço** . 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. –São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais** 3. ed. rev. e ampl. – São Paulo: Atlas, 1995.

FIGUEIREDO N.M.A. . **SUS e PSF para Enfermagem-praticas para o Cuidado Em Saúde Coletiva**. 2007.são Paulo: Yendis.

FLICK, Uw. **Introdução à pesquisa** .3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livros, 2005.

GIL, A.C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social** . 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAGUETTE, T.M.F.. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

IAMAMOTO, M. V. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A.E. (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

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

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 24. ed. São Paulo, Cortez, 2013.

LAKATOS, E..M. **Fundamentos de metodologia científica** 5 ed.,. São Paulo : Atlas 2003.

MATTA, G.C. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MONTAÑO,C . **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

SILVA, L.B. **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SPEROTTO, N. **Instrumentalidade do Serviço Social**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, A.M.. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde** . 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** . 2.ed.Porto Alegre : Bookman, 2001.