



GT - GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM QUESTÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: perspectivas para além da assistência, um exercício direcionado ao cuidado

Theniff Bernardo de Araújo Pereira¹

RESUMO

O presente artigo versa sobre a atuação do serviço social na saúde, buscando apresentar um diálogo direcionado ao entendimento que o exercício em saúde, para além da assistência, é perpassado pelo cuidado. Trata-se de um artigo de natureza teórica, com viés qualitativo, fruto de ampla revisão bibliográfica e orientado pelo método crítico dialético. Aborda a descentralidade do humano no serviço de saúde como consequência de um modelo de produção atual que perpetua a objetificação do sujeito. Ademais, direciona que o cuidado em saúde é pautado também em uma análise da realidade que parte para além do aparente e potencializa o sujeito à liberdade e sociabilidade plena, aprofundando a discussão com a atuação do serviço social. Os resultados apontam que mesmo a população brasileira sendo majoritariamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prevalece a privatização do serviço e a precarização do atendimento e das condições de trabalho dos profissionais. Por fim, conclui-se que as condições materiais impostas impactam diretamente na produção do cuidado em saúde elencando desafios; urge assim a necessidade da ampliação de que a saúde também é social, sofre suas determinações, e que centralizar o sujeito no atendimento para efetivar o cuidar é contemplá-lo como um todo.

Palavras-chave: Serviço social. Saúde. Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado de vivências como estagiária de serviço social no Sistema Único de Saúde (SUS), na assistência direta e na gestão, mas, principalmente como usuária da política de saúde. A temática abordada é fruto de um pensamento que me acompanhou durante o exercício do estágio: é preciso expor a fundamental influência do (a) profissional assistente social na política de saúde, que é partícipe da seguridade social, e de sua potencialidade na execução e formação do cuidado para com o sujeito usuário e profissional inseridos no processo saúde-doença.

É nessa perspectiva que a discussão aqui presente visa contribuir para construção de um cuidado que parte da premissa que a saúde é direito garantido na

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. Bolsista de Iniciação Científica, CNPq.



Constituição Federal de 1988, declarado como “[...] 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.” (Brasil, 1988, art.196), e da compreensão resultante da Reforma Sanitária que lutou ativamente para a implantação do SUS, assegurado em lei na Constituição Federal e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080/90 e nº 8.142/90, como política de cunho universal, descentralizado, integral, de igualdade e equidade na assistência à saúde.

Contudo, essa política não se configura fidedigna ao instrumento legal, ciente que o espaço sócio-ocupacional da saúde é campo alvo de disputas de poder com o modelo ultraneliberal e mercadológico da saúde, que impõe limites à participação social e à relação democrática do SUS. É diante dessa conjuntura que se indaga: como atuar para além do imediatismo assistencial que brota da concretude da vida e das múltiplas demandas expressas da questão social? Como é possível potencializar o cuidado em saúde vinculado às práticas já existentes para concretizar no real o que é visto como utopia? Revelando o real, ressignificando práticas e conceitos e contemplando um SUS que se faz com força viva e ativa.

É diante de tal destaque, partilhando da perspectiva que em uma sociedade do mercado, as relações e os sujeitos também são objetificados e reduzidos ao valor de troca e uso, não sendo diferente também nas relações desenvolvidas no âmbito da saúde, que escrevo reafirmando o compromisso em desvelar o presente objetivando uma análise crítica para construir um caminho forte a mudança. O social não é exógeno à saúde, a atuação do serviço social no âmbito reafirma-se fundamental, essa conexão de fatos, entrelaçada ao cuidado potencialmente humano, é potente para um exercício de instância libertadora.

Para tanto, o percurso organizacional desse diálogo-artigo está organizado inicialmente na exposição da saúde como política social de caráter de valor e de equidade; secundamente, em uma sucinta explanação da atuação do serviço social na saúde; em seguida, pontuando os desafios que norteiam essa prática libertadora e que não se dão por acaso. Por fim, partilhando o caminho percorrido metodologicamente para o diálogo aqui construído, os resultados contemplados e as considerações.



Este artigo, para além de uma síntese de uma discussão que me acalenta o peito, é uma pedrinha na construção de um caminho que pode ser mais resistente e elaborado: um caminho que o cuidado se faz em processo, que esse processo se faz em democratização e relações cotidianas que envolvem o bem-estar e o processo saúde-doença contemplado no âmbito escolhido, e que essa junção fomenta para além de uma reestruturação no “SUS real”, uma sociabilidade que retome aos ideais da Reforma Sanitária e modifique o SUS para contemplar o seu projeto inicial, reinventando-se vivificado, semelhante a força de quem o constrói e acredita em uma saúde para todos. É com esse pensamento, seguindo tais ideais, que convido à leitura, e a disponibilidade a chama que tem o cuidado vinculado à atuação do (a) profissional em serviço social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 saúde constitui-se como política social: uma perspectiva de valor

A saúde como política social no Brasil, instituída em 1988, é uma conquista recente. Atentando para o fato que o surgimento da saúde no Brasil foi permeado pelo seu entendimento como mercadoria, configurando em relações clientelistas, atendimento privado ou filantrópico e práticas desassociadas da seguridade. Essas ações, não findadas no passado, fundamentam atualmente para que as práticas mercadológicas e assistencialistas sejam naturalizadas, e pactuam para que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrente um modelo de saúde não inclusivo e antidemocrático, entrelaçado a lógica produtivista, em que o modelo mercantil de produção passa a fundamentar a reprodução social. Além disso, essas representações também atuam para que a negligência aos direitos, e ao cuidado, seja internalizada como ocasionalidade.

Práticas essas que se desvinculam do SUS e retomam a atenção para reassumir a agenda da Reforma Sanitária², problematizando os modos de fazer e as práticas de saúde do cotidiano (Pasche, D. et al. p. 4542, 2011). Para tal, primeiramente

² Movimento Social em prol da saúde no Brasil, 1970.



urge a necessidade do entendimento da saúde como biopsicossocial, em que segundo Pereira, T. et al. (2014, p. 526, apud o Belloch e Olabarria, 1993):

O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar. [...] Saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas.

Assim, alinha-se ao que propagou a Carta de Ottawa (1986)³, "as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos". Portanto, reformular as práticas de saúde não se faz sem o sólido firme do entendimento da relação saúde-doença como um processo social de subjugação em uma sociedade capitalista, como também das disparidades que possibilitam o acesso ou não do exercício à saúde.

A saúde em sua perspectiva de valor é discernir a opressão e a injustiça no exercício e nas iniquidades em saúde, é pensar as práticas de vida cotidianas e a tríade saúde-doença-cuidado (Filho, 2011). Especificamente, discernir como configura-se a política de saúde em um país de dimensão continental como o Brasil, e com características tão desiguais como pontuou o sociólogo Francisco de Oliveira (2015), assemelhando a um ornitorrinco, "um bicho que não é isso nem aquilo"; mais: valorar a saúde é comprometer-se contra um cenário de precarização dos serviços de saúde, das condições e relações de trabalho da equipe interprofissional, de frágil oferta de serviços de promoção, prevenção e recuperação em saúde, e contra a intensificação da precarização da vida da população.

Ademais, assumir o compromisso da defesa do Sistema Único de Saúde, da política social e da perspectiva de valor, é contraditar um projeto de privatização contra a proteção social, que canaliza os recursos públicos para o grande capital e defende a necessidade de apoio fora do aparato estatal para a prestação de serviços públicos

³ Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, novembro de 1986.



(Brettas, 2020). É opor-se a retirada dos direitos sociais e aos cortes orçamentários que fragilizam a atuação da política de seguridade social do Brasil, frente às mais diversas expressões da questão social e visam como solução para a problemática forjada a privatização, o terceiro setor e a responsabilidade individual. É indagar-se como, mesmo diante de 77,58% da população brasileira ser usuária e necessitar do SUS (Behring, Elaine R.; Souza, G. p. 86, 2022), ainda há o forte estímulo à busca de soluções no setor privado (por meio das parcerias público-privadas, a intermediação suplementar e complementar em saúde) como o único meio possível para garantir o acesso às melhores condições de vida. É reconhecer que a ausência de ações também é ação política, é defesa do setor privado, é omissão, é minoração da política pública de saúde.

Isto posto, constituir defesa da saúde como política social, multidimensional e com perspectiva em valor, é retomar valores iniciais, é defender a saúde em um cenário de ataques diretos (ideológicos e orçamentários), é pensar que saúde se faz em processos dialógicos e que produzir saúde é produzir subjetividades na materialidade da vida. Isto posto, reafirmo a necessidade de debater conteúdos, significá-los e ressignificá-los.⁴ (Prates, 2023).

2.2 Serviço Social na saúde para além da assistência

A ligação do serviço social na saúde, como afirma Martinelli (2003) é uma relação histórica. A história humana, suas instituições, condições e configurações sofrem as transformações das dinâmicas da vida, a profissão como participante da divisão social do trabalho inserida no mesmo engendramento histórico, modifica-se em conjunto. Assim, o viés majoritariamente assistencialista de sua gênese no âmbito da saúde sofre reconfigurações, assumindo em sua identidade, "[...] um permanente movimento de construção/reconstrução crítica, pois as práticas profissionais [...] devem pulsar com o tempo e com o movimento" (Martinelli, Maria L. p. 11, 2003).

⁴ Citação verbal, dita pela Prof^a. Dr^a. Jane Cruz Prates (PUC-RS), no minicurso "Estética e Arte na Perspectiva Marxiana e sua mediação no ensino e no trabalho social" realizado no ENPS/UFES, em julho de 2023.



Considerando que, como exposto no item anterior, à saúde no Brasil assume uma nova perspectiva de valor e caráter de política social, garantido em lei, que considera a saúde como condição básica de cidadania, reafirma-se uma prática profissional compatível com o Projeto Ético-político do Serviço Social e dos valores de equidade e universalidade defendidos na Reforma Sanitária, pois a atuação profissional vai além da lógica produtivista e demanda acolhimento efetivo, prática diretiva e cuidado integrado para com o usuário. A reconfiguração do serviço social no âmbito da saúde modifica-se para além das práticas interventivas necessárias devido ao caráter multifacetado da questão social, amplia-se para uma perspectiva multidimensional que desvende a realidade social e os impasses do exercício a saúde em nível micro e macrossocial.

Potencializando a atuação para centralizar o sujeito humano na atenção ao cuidado em saúde, sua subjetividade com implicações interdimensionais e acolhimento do ser que vivencia o cotidiano e possui potencialidade para moldar um sistema econômico, político e social que se aplique em sua realidade. Atuando para atribuir significado a um processo de trabalho que fomente no sujeito a coletividade, a inovação da prática profissional, a atenção para além de si. Acionando a criatividade para intervir propositalmente na fecundação de sentidos de mudança estrutural e reafirmando que em uma sociedade objetificada e mercantil torna-se mitigado construir saúde e cuidado. Ademais, encadeando a chama da mudança do social, da sociabilidade e seus rebatimentos na mudança do Sistema Único de Saúde ao que foi pensado. Atuando semelhantemente ao que Alcantara e Vieira pontuaram (2013, p. 345, apud Vasconcelos, 1997, p. 157):

[...] é do profissional – pelo lugar que ocupa e pela qualidade de sua inserção nas instituições – a responsabilidade e a atribuição de possibilitar e criar mecanismos, espaços e condições para que os usuários se voltem sobre o seu cotidiano – sempre presente em suas histórias intermináveis, mesmo que de forma fragmentada, desarticulada – na busca de seu desvendamento, conhecimento, percepção, compreensão, interpretação, ou seja, na busca de sua essência.



Isto posto, cabe tear cores alegres e vivas do esperar⁵, em suas relações de mutualidade para a produção de comportamentos políticos novos, em contraste no meio das cores nubladas e tristes que a coisificação dos sujeitos, dos sentidos e do cuidado vêm tornando-se. Partilhando para que o cuidar do sujeito-usuário do SUS, durante o atendimento, seja e crie um espaço de direito legítimo e socialmente justo. Dessa maneira, “fluir da dor do outro. Habilitar os sentidos para isso: não embrutecer, fluir da dor e do amor do cotidiano” (Prates, 2023).⁶

2.3 Exercício direcionado ao cuidado: desafios para a concretização

Concretizar uma prática emancipatória em uma conjuntura histórica de sociabilidade capitalista impõe suas dificuldades. Primeiramente, a própria base material fetichizada a mercadoria que determina um ser social fetichizado⁷, em que se impera uma mercantilização da vida, dos valores, dos sujeitos, dos sentidos, do pensar, do sentir, do agir e do cuidar. Deleitando-se em Mota (2009), configura-se nesse contexto o cidadão a cidadão-consumidor, o usuário ao cliente da política social; o sujeito profissional configura-se a um profissional de vínculo empregatício fragilizado e instável e as condições para o bem-viver tornam-se mitigadas e supérfluas.

Movimento histórico-social que incide diretamente na aplicabilidade da política de saúde, pois conforme Soares (p. 93, 2012), “[...] existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da Reforma Sanitária”. É considerando essa análise do real que se torna possível contemplar como o Sistema Único de Saúde está inserido em um cenário de conflito de interesses, não por ocasionalidade, mas como construção histórica e política do país. Situação expressa nas tentativas de aniquilamento do sistema universal de saúde

⁵ Em referência a Paulo Freire (1992): “é preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperança é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir! Esperança é levar adiante, esperar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...”

⁶ Citação verbal, dita pela Prof^a. Dr^a. Jane Cruz Prates (PUC-RS), no minicurso “Estética e Arte na Perspectiva Marxiana e sua mediação no ensino e no trabalho social” realizado no ENPS/UFES, em julho de 2023.

⁷ Para melhor aprofundamento, ler: NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. Cortez Editora, 2021.



por meio do subfinanciamento crônico do SUS⁸ em argumento da dívida pública, como também dos dispositivos para efetivação desse processo: a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e a Emenda Constitucional nº 95 de 2016.⁹

Pensar os limites para a concretização do cuidado é pensar a materialidade da vida e recursos aplicados, a lógica economicista e mercantil é contraditória a proteção e torna a política de saúde seletiva e inconsistente as diretrizes defendidas constitucionalmente. Instaura-se na saúde uma lógica permeada pelo produtivismo, por meio da lógica perpassada dos meios de produção para o social, que reduz o usuário no processo saúde-doença a suas condições biológicas e o foco diretivo a ação laborativa, logo, sua condição de inserção no âmbito hospitalar limita-se ao ajuste para reinserção do indivíduo em sua capacidade laboral. Como também, o profissional torna-se um cumpridor de metas de ações e a qualidade de sua ação passa a ser quantificada e condicionada, não analisada e propositiva. Instala-se um empresariamento do serviço de saúde e separa-se do processo construtivo e potencializador da saúde de cunho territorial e afetivo.

Essas expressões que surgem na dinâmica contraditória da vida social, pacífica o potencial transformativo dos sujeitos envolvidos no fazer saúde, vivenciar o SUS e potencializar cuidados e afetos. Constituem barreiras para efetivação dos princípios e diretrizes da Lei Orgânica de Saúde e reafirma que, conforme mencionou o sanitarista Paim (p. 36, 2011), "a sustentabilidade do SUS, seja econômica, política, institucional ou científico-tecnológica, não está dada", e que "[...] os desafios do SUS perpassam pela ampliação das suas bases sociais e políticas, de modo que a sua sustentabilidade possa ser conquistada pelas forças que apostam no primado interesse público e em um sistema de saúde centrado nas necessidades dos cidadãos". À vista dos desafios, em síntese, apresentados, urge a necessidade da retomada da

⁸ Para melhor entendimento, indico a leitura: MENDES, Áquilas Nogueira et al. Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea. 2022.

⁹ Trata, respectivamente, sobre a ampliação de 20% para 30% o uso livremente da receita tributária destinada à seguridade social para os interesses do Governo, como também do congelamento dos recursos orçamentários primários, da seguridade social, por 20 anos. Em síntese: uma política nítida de desfinanciamento das políticas sociais e efetivação do direito. Uma precarização e ataque à política de saúde. Para melhor entendimento, ler: SALVADOR, Evilásio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. n. 130. São Paulo: Serv. Soc. Soc., 2017.



prática da saúde para além do modelo curativista e produtivista, em que se respeite a saúde e sua abrangência, a promoção e práticas para além do adoecer e do sofrer.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O artigo presente recorre ao método crítico dialético que, conforme Netto (2011), consiste em contemplar a totalidade por meio de aproximações sucessivas com a dinâmica do real para desvelar para além da aparência imediata, desvelando a essência. Para tanto, "consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* - ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos-reais" (Netto, p. 18, 2011). Apropria-se desse entendimento para as discussões sobre a atuação do (a) profissional em serviço social na política social de saúde, com ênfase em pontuar o exercício que se amplia para além da assistência rumo a efetivação do cuidado. Visando deleitar-se na análise das nuances dessa conexão para potencializar transformações sociais e quais os limites que impossibilitam essa relação.

Assim, consiste em um enfoque de caráter qualitativo que, de acordo com Godoy (1995), propõe não se apresentar como uma proposta rigidamente estruturada, permitindo mais interação entre a imaginação e a criatividade para os dados e potencializando explorar novas trilhas. Essa perspectiva, se expressa nesse diálogo-artigo, na seleção e análise das publicações para revisão de literatura especializada, com apontamentos sobre a política de saúde e a atuação do serviço social no espaço sócio-ocupacional da saúde, visando a apreensão das particularidades e as possibilidades dessa inserção.

Nesse sentido, a revisão de literatura utilizada para adensar conhecimentos sobre a temática, ocorre simultaneamente ao processo investigativo, utilizando de autores de referência na área do serviço social, da saúde coletiva e afins, como: Netto (2011), Soares (2012), Mota (2009), Martinelli (2003), Mendes (2022) e Godoy (1995). Com a investigação orientada pelo método crítico dialético, desenvolve-se a elaboração abarcando a análise do modelo de produção capitalista e suas implicações na sociabilidade e na saúde, a determinação e os determinantes que incidem no processo



saúde-doença-cuidado e como ambos os tópicos podem ser impactados pela atuação do serviço social na saúde.

4 RESULTADOS

Diante da discussão posta, mesmo com a maioria da população sendo usuária do SUS, contempla-se um ataque proposital e diretivo a sua mitigação. Ataque não somente a política, mas a força viva que a produz, privatizando o atendimento aos usuários e as condições de trabalho dos profissionais. O que possibilita pensar que as condições materiais postas impactam negativamente na produção do cuidado em saúde, apontando os desafios de cuidar sem as condições materiais necessárias. Centralizar o sujeito no atendimento parte para além da assistência, mas caminha em entendê-lo como agente potencializador de mudança, com singularidades, subjetividades e envolto em uma formação social específica.

Desse modo, encontra-se um cenário em que é necessário se deixar atuar no processo-aprendizado, afetar na relação com outro e criar. Potencializando práticas emancipatórias, entendendo que um elo em comum é a nossa condição humano-genérica. Para que isso seja realidade, provoca-se a atuação do assistente social, como profissional propositivo, crítico e investigativo da realidade posta, salienta-se sua fundamental contribuição em permitir que o seu processo de trabalho seja um espaço de afeto, para afetar e modificar a estruturação do SUS e de reafirmação a política de saúde como direito à cidadania para todos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diálogo proposto levantou a conjuntura fundante das limitações no processo do cuidar em saúde: as implicações da determinação social. Permitindo contemplar que a lógica mercantilista inicial da saúde e sua prática antidemocrática continuam presentes dentro da política de saúde e em combate direto a efetivação do Sistema Único de Saúde. Assim, há a não efetivação do cuidar e um forte incentivo para a prática meramente individual e focalista. Levanta-se aqui uma problematização para trazer a prática profissional em saúde, principalmente o processo de trabalho do serviço social, o norteamento de uma ação democrática, interativa, participativa e potencializadora de



sujeitos usuários-profissionais. Se a situação é árdua, deriva-se de condições concretas árduas também.

É nesse contexto que a categoria profissional de assistentes sociais atua e resiste às dificuldades impostas. Com a finalidade de garantir direitos, viabilizar o acesso dos usuários às políticas públicas e com o compromisso em defesa da liberdade, sociabilidade plena e qualquer forma de subjugação. Para que isso seja possível, torna-se urgente a discussão fundamental sobre o serviço social ser necessário ao Brasil, ser necessário a saúde e seu impacto no processo de saúde, identificando que a saúde também tem caráter social. Por fim, que esse diálogo-artigo, assim apresentado, seja uma faísca para a temática ser sempre mais, mais e mais, investigada e alvo do interesse dos que trilham o caminho da graduação, do processo de trabalho, do ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; DOS SANTOS BARROS, Monalisa Nascimento; DE ALMEIDA AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.

DE OLIVEIRA, Francisco. **Crítica à razão dualista/O ornitorrinco**. Boitempo editorial, 2015.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil/ Tatiana Brettas. - Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

BEHRING, Elaine R.; SOUZA, G. Notas sobre o orçamento da saúde e da assistência social no governo Bolsonaro: a mediação pandêmica. *In*: SANTOS, Tatiane V. C. d.; SILVA, Letícia B.; MACHADO, Thiago de O. Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. - 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 80-84.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social na área de saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, n. 28, p. 09-18, 2003.



MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. **Serviço Social**, p. 51-67, 2009.

SOARES, Raquel C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO. S. I. Maria; MENEZES. de B. S. Juliana. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2012. p. 93.

ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. SUS: Desafios e Perspectivas. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 36. 2011.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. **São Paulo: expressão popular**, v. 2012, 2011.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, p. 20-29, 1995.