

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Juliana Motta Magrini

**A RELEVÂNCIA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO  
AS EQUIPES DE APOIO MATRICIAL**

Santa Maria, RS

2019

**Juliana Motta Magrini**

**A RELEVÂNCIA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS EQUIPES  
DE APOIO MATRICIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social, da  
Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM, RS), como requisito parcial para a  
obtenção do grau de **Bacharela em Serviço  
Social**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS  
2019

**Juliana Motta Magrini**

**A RELEVÂNCIA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS EQUIPES  
DE APOIO MATRICIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social, da  
Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM, RS), como requisito parcial para a  
obtenção do grau de **Bacharela em Serviço  
Social**

**Aprovado em 02 de dezembro de 2019:**

---

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientador)

---

**Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria Aparecida Motta Magrini, por ser um exemplo de mulher e ter me ensinado a lutar pela vida, que apesar das dificuldades sempre esteve ao meu lado me apoiando, em todo este meu período de graduação.

Dedico também, para a minha falecida avó, Nancy Lima Motta, que com sua ajuda e amor o meu crescimento acabou tornando-se muito mais fácil, e agora, com sua partida, só me restou saudade e gratidão por tudo de maravilhoso que me proporcionou ao longo da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Foram quatro anos e meio de graduação e várias pessoas estiveram ao meu lado, deixando minha jornada acadêmica a mais prazerosa possível e contribuindo para a minha formação profissional. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento profissional e, de uma maneira especial, agradeço:

A minha orientadora Sheila Kocourek, que contribuiu para a minha formação e que com seu carinho e atenção o desenvolvimento do meu TCC foi muito mais fácil. Esteve presente em quase toda a minha graduação, me proporcionando diversas possibilidades e oportunidades e me ensinou que eu preciso sempre acreditar em mim.

Ao professor Jairo da Luz Oliveira, que agradeço muito por ter sido sua bolsista e ter confiado em mim. Por ser como um amigo, agregando na minha formação profissional através de seu conhecimento e oportunidades a mim concedidas.

À minha mãe, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, me esperando chegar em casa com um lanche. Aturando meus momentos de estresse e ansiedade, fazendo com que eu acredite em mim, que eu posso tudo aquilo que desejar se eu me esforçar para isso. Obrigada por ser sempre a melhor mãe.

Ao meu namorado William de Souza Bernardi, que me acalmou nos momentos de ansiedade e estresse. Que com todo o seu carinho, companheirismo, compreensão e amor os meus dias não foram tão exaustivos. Era a sua companhia que eu precisava para não desistir.

Obrigada a todos que de alguma forma estiveram presentes e contribuíram para este momento acontecer, sou grata por cada um de vocês.

## RESUMO

### A RELEVÂNCIA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS EQUIPES DE APOIO MATRICIAL

AUTORA: Juliana Motta Magrini  
ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila Kocourek

O presente trabalho de Conclusão de curso teve por objetivo analisar e compreender quais as contribuições do Serviço Social junto as equipes de apoio matricial em saúde mental, com vistas a identificar possibilidades de intervenção e formação, demonstrando aproximações entre as dimensões técnico-operativas, ético-políticas e teórico-metodológica do Serviço Social com os conceitos, práticas e objetivos do apoio matricial. Sendo realizado para tal objetivo uma revisão de literatura sobre o tema central matriciamento, coletado na base de dados, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, possuindo como filtro adicional para a pesquisa apenas textos completos em português, que fossem produzidos no período de 2013 a 2018. Possuindo como resultado um quantitativo de 96 artigos. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados 43 artigos. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados seguindo os objetivos propostos para este estudo, destacando o ano de 2017 como o maior ano de publicações sobre o tema, com prevalência de publicações na Revista de Saúde Coletiva e Saúde em Debate, com uma maior área temática na parte de saúde mental. Destacando também, que entre os 43 artigos, somente um foi elaborado pelo profissional do serviço social, sendo escrito com contribuição multiprofissional. Concluiu-se que o trabalho do assistente social no matriciamento, ainda que fundamental, não tem sido objeto de estudo e registros. A relevância do Serviço Social desenvolver o matriciamento, fundamenta-se através de suas competências profissionais por apresentar uma análise crítica e reflexiva da realidade, possuindo um olhar para a vida do indivíduo em seus aspectos sociais, econômicos e políticos, sendo o seu maior diferencial entre as demais profissões, desse modo, qualifica o trabalho garantindo uma atenção integral a saúde.

**Palavras-chaves:** Matriciamento. Saúde Mental. Serviço Social.

## ABSTRACT

### THE RELEVANCE IN SOCIAL WORKER WORKING WITH MATRIX SUPPORT TEAMS

AUTHOR: Juliana Motta Magrini

ADVISOR: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila Kocourek

The aim of this paper is to analyze and understand the contributions of the Social Work to the mental health matrix support teams, with a view to identifying intervention and training possibilities, demonstrating approximations between the technical-operative, ethical- policies and theoretical-methodological of Social Work with the concepts, practices and objectives of matrix support. For this purpose, a literature review was conducted on the central theme, collected in the database, Virtual Health Library (VHL), having as additional filter for the research only full texts in Portuguese, which were produced in the period from 2013 to 2018. Resulting in a quantity of 96 articles. From reading the abstracts, 43 articles were selected. The selected articles were read in full and analyzed following the objectives proposed for this study, highlighting 2017 as the largest year of publications on the topic, with prevalence of publications in the Journal of Collective Health and Health in Debate, with a larger area. thematic part of mental health. Also highlighting that among the 43 articles, only one was written by the social service professional, being written with a multiprofessional contribution. It was concluded that the work of the social worker in matriculation, although fundamental, has not been the object of study and records. The relevance of Social Work to develop matriciation is based on its professional competences for presenting a critical and reflective analysis of reality, having a look at the life of the individual in its social, economic and political aspects, being its biggest differential between The other professions, in this way, qualifies the work ensuring a comprehensive health care.

**Keywords:** Matriciation. Mental health. Social service.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estruturas de rede .....	10
-------------------------------------	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Total (n=43) de artigos por ano de publicação .....	26
Gráfico 2- Total (n=43) de artigos por periódico .....	27

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aproximações dos parâmetros do serviço social na saúde com a PNH e o apoio matricial .....	30
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**PNH** - Política Nacional de Humanização

**CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões

**IAPs** - Institutos de aposentadorias e Pensões

**CLT** - Consolidação das Leis do Trabalho

**VIII CNS** - VIII Conferência Nacional de Saúde

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**LOS** - Lei Orgânica de Saúde

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**TS** - As tecnologias em saúde

**PPI** - Programação Pactuada e Integrada

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**MPAS** - Ministério da Previdência Social e Assistência Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CONQUISTA HISTÓRICA</b> .....	2
2.1 O CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A REFORMA SANITÁRIA .....	3
2.3 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	13
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS</b> .....	15
3.1 A SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL .....	15
3.2 SAUDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL .....	20
<b>4 INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, MATRICIAMENTO E O SERVIÇO SOCIAL</b> .....	23
4.1 DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS .....	23
4.2 SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO .....	28
4.3 INTERFACES E APROXIMAÇÕES ENTRE A PNH, MATRICIAMENTO E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL .....	30
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho proposta por Campos (1999), com o intuito de modificar a forma de organização e do trabalho em saúde, ampliando o vínculo e a corresponsabilização entre os trabalhadores e usuários. Desse modo, sua proposta de atuação é de forma interprofissional onde ocorre o compartilhamento de saberes entre os diversos níveis de atenção, desenvolvendo apoio assistencial e técnico-pedagógico.

Desse modo, o matriciamento necessita de profissionais de diferentes núcleos de saber, superando os modelos hierarquizados dos sistemas de saúde, estimulando a lógica da cogestão e do apoio entre os profissionais, qualificando a produção de saúde e do cuidado em rede. Cada profissão da saúde contribui no matriciamento, como também, o assistente social, ao qual, tem um potencial de grande relevância e um diferencial entre as demais profissões, pois é um profissional crítico e propositivo, que possui um olhar sobre a totalidade do indivíduo, intervindo no cotidiano da vida social, transformando a realidade social, intervindo nas mais variadas expressões da questão social.

Este Trabalho de conclusão de Curso, emerge da experiência de estágio Supervisionado em Serviço Social realizado na instituição CAPS Infantil “O Equilibrista”, onde foi o primeiro momento em que a acadêmica possuiu o contato com a prática do matriciamento. Ao qual, o apoio matricial mostrou-se ser um apoio assistencial e técnico-pedagógico fundamental dentro dos serviços, entretanto, pouco realizado e discutido sobre a sua contribuição.

Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema central “matriciamento” coletados na base de dados da *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, sendo a *BVS* escolhida, porque se caracteriza como um espaço de integração de fontes de informação na área da saúde onde promove o acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe.

Também como filtros para a pesquisa foram utilizados os períodos de 2013 a 2018, sendo somente textos completos em português, com a palavra-chave “Matriciamento” devendo estar conceituada no corpo do texto. Os artigos que foram selecionados e lidos na integra tiveram como objetivos norteadores: i) analisar o ano em que foram mais produzidos assuntos sobre apoio matricial; ii) quais revistas possui mais publicações, iii) quais são os autores que mais escrevem o respectivo tema; iv)

identificar se os profissionais do serviço social estão produzindo sobre matriciamento; e v) identificar sugestões para pesquisas futuras.

Para fins de elaboração deste trabalho, o mesmo foi dividido em capítulo. Iniciara com a introdução, posteriormente têm-se o primeiro capítulo, ao qual será apresentado o contexto da saúde pública no Brasil e a Reforma Sanitária, trazendo os pontos principais para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), descrevendo toda a estrutura do SUS, seus princípios e diretrizes, como é organizada a rede, apontado a Lei 8.080 que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, também a Lei 8.142 que falara sobre a participação da comunidade na gestão e por fim o decreto 7.508 que introduzira sobre a organização e planejamento do SUS. Logo em seguida, trata-se da Política Nacional de Humanização (PNH), destacando sua importância nos serviços de saúde para um trabalho mais transversal, modificando o modo de gerir e cuidar.

Já no segundo capítulo, será apresentado a saúde no Brasil e a inserção do profissional assistente social, também no campo da saúde mental. E por fim, no terceiro capítulo, trará análises das interfaces do trabalho do assistente social com a Política Nacional de Humanização e o matriciamento, destacando objetivos em comum, evidenciando assim o potencial de intervenção do Serviço Social.

Por fim, serão tecidas considerações finais de modo a propor uma síntese provisória, a qual deverá destacar o projeto ético-político do serviço social, as dimensões da profissão, com o parâmetro de atuação do assistente social na saúde e sua relação com a PNH e o apoio matricial, mostrando a metodologia desenvolvida no trabalho de conclusão de curso e seus resultados.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CONQUISTA HISTÓRICA**

Neste capítulo será apresentado um apanhado geral sobre o histórico da saúde pública no Brasil e suas mudanças na atenção à saúde ao decorrer da Reforma Sanitária e ao longo da criação do Sistema Único de Saúde. As transformações que ocorreram na concepção sobre saúde e nas relações de poder entre os profissionais ao qual foi modificada também com a implementação da Política Nacional de Humanização, é o foco da discussão a seguir.

## 2.1 O CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A REFORMA SANITÁRIA

No período da antiguidade e posteriormente Idade Média, os povos que lá habitavam não possuíam nenhum modelo de atenção à saúde e acreditavam que as enfermidades que afetavam a população eram por motivos naturais ou sobrenaturais (astros; clima; insetos e animais), sendo entendidas as doenças através de uma compreensão religiosa. Dessa forma, tentavam realizar a cura do indivíduo doente através de plantas ou recursos naturais como: chás, ervas, rezas e etc. (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009; BACKES et al, 2009; POLIGNANO, 2001).

A partir de 1808, com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, foram determinadas mudanças na administração pública colonial, e em alguns aspectos da saúde. A Corte necessitava de uma estrutura sanitária que atendesse à cidade de Rio de Janeiro, destacando que as ações de saúde eram totalmente voltadas ao interesse econômico, a agroexportação, sendo que o acesso a algum tipo de remédio ou aos médicos era de acordo com a classe social. (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Uma das formas para enfrentar as doenças e a morte pelos pobres neste período, foram as Santas Casas de Misericórdia criada por religiosos que tentava dar um suporte para a população enferma, porém, eram locais que sempre estavam na miséria pois dependiam da ajuda de terceiros e os nobres e colonos que possuíam condições, não estavam preocupados com essa parte da população. (LORENZI, 2007). Dessa forma, quem não possuía meios de acesso aos médicos e medicamentos, faziam uso dos boticários que eram uma espécie de farmacêutico ao qual utilizava ervas e plantas para desenvolver uma “atenção à saúde” e de curandeiros que naquela época eram os conhecedores de terapias de cura e dessa forma, desenvolviam a sua ajuda apenas em conhecimentos empíricos adquiridos.

Destacando esse período da década de XX, como o surgimento da saúde como questão social, sendo um cenário que apresentava diversas expressões da questão social, onde a boa parte da população ficava sujeita a qualquer condição perante a classe burguesa, para a sobrevivência, vivendo na miséria, trabalhando exaustivamente e sem direitos trabalhistas e com péssimas condições de higiene. (BRAVO, 2006; SOUZA; DA SILVA; SILVA, 2013).

Com a Proclamação da República em 1889 até 1930, foi pensado um modo de modernizar o Brasil totalmente típico capitalista, voltado a burguesia, pois o cenário em que se encontrava a população, totalmente a mercê de grandes epidemias e

doenças pestilenciais como: Febre Amarela, Varíola, Tuberculose, Sífilis, trouxeram preocupações para o modelo de agroexportação dominante, pois estava afetando os trabalhadores devido as imigrações, migrações e a péssima condição de saneamento básico em que se encontrava a cidade. Dessa forma, o presidente do Brasil Rodrigo Alves, nomeou Oswaldo Cruz para ser diretor do Departamento Federal de Saúde para então se dedicar a situação precária, em que se encontrava a cidade.

O então, diretor, dedicou-se a eliminar a Febre Amarela que afetava a cidade, propondo um modelo para intervenção conhecido como campanhista, ao qual as atividades eram de desinfecção, e as ações para efetivá-las eram realizadas com o uso da força, autoridade e violência pelos militares. (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Com isso, gerou uma enorme insatisfação na população, pois também foram implementados programas obrigatórios de vacinação contra a varíola, a qual ficou conhecido como a Revolta da Vacina, sobre essa revolta destaca-se:

A população da cidade revoltou-se contra o plano de saneamento, mas, sobretudo, com a remodelação urbana feita pelo presidente Rodrigo Alves (1902- 1906), que decidiu modernizar a cidade e tomar medidas drásticas para combater as epidemias. Cortiços e casebres, que compunham inúmeros quarteirões dos bairros centrais, foram demolidos, e deram lugar a grandes avenidas e ao alargamento das ruas, seguindo o modelo de urbanização dos grandes bulevares parisienses. A população local foi desalojada, refugiando-se em barracos nos morros cariocas ou em bairros distantes na periferia. As favelas começaram a se expandir. (PORTO, 2003, p.53).

Devido as mas condições de vida e saúde e de nenhum direito trabalhista como: Férias, pensão, aposentadoria e jornadas de trabalho definidas, que os operários realizaram movimentos em busca de direitos sociais. Esses movimentos dos trabalhadores foram marcados pela intervenção do Estado nas condições de trabalho e foi nesse período de 1923 que foi aprovada a Lei Elói Chaves sendo o marco inicial da previdência social no Brasil, e que trouxe alguns direitos trabalhistas aos trabalhadores ferroviários.

Através desta respectiva Lei, que foram criadas pelos trabalhadores as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram benefícios que trazia um seguro ao trabalhador e sua família em situações de doença e velhice, segundo Brasil (2011a, p.13): "tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.". E em 1933 os CAPs foram agregados com a criação dos Institutos

de aposentadorias e Pensões (IAPs), aos quais garantiam benefícios aos associados como aposentadoria; pensão em caso de morte; assistência médica e hospitalar e alguns socorros médicos e eram financiados pelo governo. (RONCALI, 2003).

Porém, esses benefícios só eram concedidos conforme sua contribuição de pagamento ao instituto, sendo dessa maneira, uma forma ainda de acesso aos serviços de saúde totalmente excludente. E esse período era centralizado na industrialização do país, em seu desenvolvimento, e as verbas dos IAPS acabavam ficando escassas pois eram desviadas para outros setores.

A Constituição de 1934 possuía o intuito de criar leis para que a população tivesse melhores condições de vida, ampliando os direitos, como a saúde, cultura, trabalho e educação, entre eles destaca-se, a licença médica e gestante. E em 1943 através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio foi criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para que os trabalhadores possuíssem acesso a alguns benefícios como o tratamento médico, porém era somente aos que possuíssem carteira assinada.

Nos anos seguintes, em 1964 a 1984 ocorreram diversas transformações que afetaram a saúde pública e a previdenciária, instalando-se o regime militar ao qual ficou caracterizado pela repressão, fortalecendo o poder do governo e calando os contrários ao militarismo, sendo quase inexistente a liberdade de expressão. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Foi destacado nesse momento do Brasil uma fragmentação no acesso aos serviços de saúde, tornando-se o modelo médico privatista/curativo dominante, que era um modelo que possuía como foco a doença e atendimentos hospitalares de alto custo, trazendo diversas consequências para a população, pois não conseguia suprir as demandas de epidemias e endemias e os indicadores de saúde de mortalidade, como destaca Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p. 17) sobre esse modelo, “o modelo médico assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada”.

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em 1978 realizada em Alma-Ata, foi, portanto, o primeiro momento de discussão sobre os cuidados primários em saúde na história, onde a saúde começou a ser vista como estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças como está mencionado na Declaração de Alma-Ata que:

l) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (ALMA-ATA, 1978, p.1).

Também está destacado na declaração a participação da população nos processos de cuidados com a saúde, ocasionando mais racionalidade nos custos dos serviços e ênfase na promoção e prevenção de saúde, proporcionando, dessa forma, mais qualidade de vida a comunidade.

Foi conforme essas mudanças e a luta pelo fim da ditadura que ocorreram mobilizações nacionais de estudantes, profissionais da saúde, pesquisadores e também dos demais setores, que procuravam uma redemocratização do país e uma democratização da vida social, para que as pessoas possuíssem melhores condições de vida, ficando conhecido o movimento como Reforma Sanitária Brasileira.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) que ocorreu em 1986, considerada um marco na história das conferências, em que foi a primeira, com a participação popular, com o intuito de discutir sobre a saúde debatendo três principais pontos, a “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” e dessa forma, foi o começo para ser criado o Sistema Único de Saúde. (BRAVO, 2011; NORONHA; LIMA ;MACHADO, 2008).

O movimento sanitário ganhou ainda mais forma com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 que fazia o diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade científica, e também, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que lutava pelo direito de saúde para todos os brasileiros e uma nova organização dos serviços de saúde que possuía um caráter hospitalocêntrico, medicalizante e medicocentrado, tendo em vista “uma mudança real das condições de saúde do povo”. (Editorial, 1977, p. 3-4).

Portanto, o movimento sanitário visava o conceito ampliado de saúde e o direito universal de saúde ao povo, buscando a justiça social, fazendo com que a saúde fosse um dever do Estado. (TEIXEIRA; DE SOUZA; PAIM, 2014). Era uma reforma que ia além da parte administrativa e financeira, afetando a saúde, separando saúde da previdência, ganhando um outro caráter que não o da contribuição para o acesso

buscando a construção de um sistema único de saúde de qualidade, entendendo a Reforma como:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária. (SILVA, 2014, p.162).

Com a base produzida na Reforma Sanitária, foi elaborada o capítulo de saúde da constituição de 1988, e também, para a criação do SUS. Dessa forma, é reconhecida a saúde 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).

## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram por modificações na área da saúde como foi destacado anteriormente. (TEIXEIRA; DE SOUZA; PAIM, 2014). Com a aprovação da Lei 8.080 de setembro de 1990 conhecida como Lei Orgânica de Saúde (LOS), é aprovada então a implantação do SUS, definindo o sistema como “ o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990, p.1).

A criação do SUS possui o viés de um sistema que seja totalmente público, atendendo a toda a população independente de sua classe social ou se não é contribuinte da Previdência Social, partindo de uma concepção de saúde e cuidado totalmente ampliado como destaca Teixeira, Souza e Paim (2014, p.123),

[...] entendida não apenas como ausência de doenças, senão como bem-estar físico, mental e social, decorrente de condições de vida saudáveis, isto é acesso adequado a alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades.

É uma lei voltada a todo o território nacional, possuindo princípios doutrinários como a universalidade que garante acesso para todos a saúde, ofertando todos os serviços de saúde, de uma simples vacina a uma cirurgia mais complexa. A integralidade, que determina um olhar individualizado para cada cidadão buscando um cuidado além da doença dando importância também ao contexto social em que vive, a equidade que se refere a dar preferência a quem mais precisa atendendo de acordo com as necessidades de cada indivíduo e também o direito a informação, que assegura o indivíduo a possuir informações sobre sua situação de saúde e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva. (BRASIL, 2001a; TEIXEIRA, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O SUS também é todo organizado por princípios estratégicos que visam a organização de todo o sistema como a descentralização onde as responsabilidades de cada setor implica na transferência de poder entre os níveis do governo (municipal, estadual e federal), ocorrendo a transferência de recursos financeiros, materiais e humanos no respectivo território; a regionalização que delimita os espaços territoriais facilitando o acesso a saúde, a hierarquização que organiza os níveis de atenção em complexidade crescente e por fim, a participação social que possibilita que a população contribua na construção e execução das políticas de saúde através de Conselhos e as Conferências de Saúde. (BRASIL, 2001; TEIXEIRA, 2011; TEIXEIRA; DE SOUZA; PAIM, 2014; VASCONCELOS; PASCHE, 2009). Podendo observar, que conforme o que foi apresentado acima e constado na LOS, é totalmente divergente da lógica médico-hospitalar curativa apresentada anteriormente.

Dessa maneira, para complementar a lei 8.080 foi decretada a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. (BRASIL, 1990). Essa respectiva lei, define regras e funções para as instancias colegiadas do SUS, permitindo que toda a comunidade participe nas decisões sobre o sistema de saúde, desse modo, através da criação desses espaços que se efetiva o conceito de controle social onde é através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde que a sociedade participa das ações de saúde em todas as esferas do governo. (CRUZ, 2011).

Os conselhos de saúde são representados pelos usuários do SUS, conselheiros de saúde e trabalhadores, e segundo Martins et al (2008, p.109)

possuem “atribuições de atuar na cogestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde” determinando também as transferências intergovernamentais e as regras de financiamento, e as conferências de saúde são realizadas a cada 4 anos para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”. (BRASIL, 1990, p.1).

Posteriormente para que a população, obtenha com mais visibilidade a gestão do SUS, as responsabilidades e atribuições de cada ente federativo foi criado o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a LOS e dispõe sobre a “organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”. (BRASIL, 2011a, p.1).

O decreto estabelece a organização do SUS em regiões de saúde, que possuem o objetivo de efetivar um acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, proporcionando ações de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Considerando a definição de região de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a, p.1)

Diante disso, as ações e serviços de saúde do SUS são ligados e estruturados a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), hierarquizada e regionalizada, visando um atendimento com mais qualidade e efetividade para a população. São organizações realizadas em rede, de forma cooperativa, com relações horizontais, se responsabilizando pelos cuidados a saúde da população, em diferentes níveis de atenção. (OLIVEIRA, 2016).

Figura 1 – Estruturas de rede.



Fonte: OLIVEIRA, N.R.C. **Atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015

Dessa forma o acesso, prioritariamente e não exclusivamente, a saúde, deveria iniciar-se pela atenção primária, que é a porta de entrada ao acesso à rede, proporcionando o atendimento inicial do usuário nos centros de saúde ou unidades básicas, possuindo objetivos comuns, com atendimento integral e atenção contínua e com um olhar ampliado tanto para as questões de saúde, como, sociais, biológicas e psicológicas, oferecendo atendimentos médicos, odontológicos, vacinação, de enfermagem, injeções, fornecimento de medicamentos, e fazendo encaminhamentos se necessário a atenção secundária ou terciária. (BRASIL, 2006; LAVRAS, 2011; MENDES, 2008). Entendendo a atenção primária como “Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2011a).

A atenção básica possui como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo, a ESF composta por uma equipe multiprofissional (médico, técnico em enfermagem, enfermeiro, agente comunitário da saúde), trabalhando com um território já definido. A equipe possui um vínculo com a comunidade, já conhecendo seu público alvo, estabelecendo confiança e fazendo com que possua uma maior adesão dos usuários aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde, modificando, portanto, aquele cuidado focado somente sobre o indivíduo, ampliando a atenção para toda a família. (ANDRADE; BUENO; BEZERRA,

2009; LIGIA et al, 2007; ROSA; LABATE, 2005). Desse modo os profissionais da ESF possuem as seguintes atribuições:

Participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. (FIGUEIREDO, 2012. p.6).

Quando o problema de saúde não consegue ser resolvido na atenção primária, o usuário é encaminhado para outros níveis de atenção, o secundário e o terciário, que é formado por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com procedimentos que empregam tecnologias diversas, exigindo o atendimento por serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (ERDMANN et al, 2013).

E conforme as conquistas que a Reforma Sanitária proporcionou para o campo da saúde, foi possível ampliar o olhar, analisando também o contexto em que vive o indivíduo e não somente um cuidado ao tratamento de sua doença, como também, reconstruindo as práticas em saúde, de uma forma muito mais humanizada, necessitando do acolhimento, de relações de responsabilidade, compromisso, resolutividade nos serviços visando a produção do cuidado como uma finalidade do processo de trabalho, necessitando dessa forma, buscar outros instrumentos nos serviços de saúde como as tecnologias.

As tecnologias em saúde (TS) são conhecimentos técnicos e científicos ao qual são aplicados através de ferramentas, instrumentos em que foram criadas a partir desse conhecimento, almejando reduzir os problemas de saúde, permitindo desse modo, a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. As TS vão muito além de apenas equipamentos, medicamentos e procedimentos elas buscam a melhora do tratamento do indivíduo utilizando métodos para promover a saúde. (SANTOS, 2016). Entre as tecnologias empregadas, são classificadas de acordo com Merhy (2005), como leve, leveduras e duras, destacando a importância de cada tecnologia para o processo de trabalho, entretanto, a tecnologia leve, contribui também para o fortalecimento de diversos setores da saúde e da comunidade.

Desse modo, as tecnologias leves são aquelas que produzem relações, como o acolhimento, vínculos, autonomização, proporcionando para o usuário um maior

conforto no tratamento e uma maior segurança nos procedimentos hospitalares, possuindo também humanização no atendimento e analisando o indivíduo integralmente. (FERRI et al, 2007; MANGINI; KOCOUREK; SILVEIRA, 2018; SANTOS, 2016). Entendendo o acolhimento como uma estratégia que permite uma escuta e um cuidado mais qualificado, possibilitando obter mais informações sobre a vida daquele indivíduo, permitindo uma relação entre ambos de afeto e analisando onde é possível intervenções tecnológicas. E por vínculo e responsabilização é entendido como as responsabilidades e o compromisso que as equipes estabelecem nos serviços de saúde para proporcionar um cuidado com o usuário muito mais enriquecido. (SANTOS, 2016).

As tecnologias leveduras são a dos saberes estruturados, como, normas, protocolos, a clínica médica, e por fim, as tecnologias duras, que são recursos materiais, equipamentos, máquinas, fazendo uso de procedimentos em que já foram estruturados e materializados que estão prontos. (COELHO; JORGE, 2009; MANGINI; KOCOUREK; SILVEIRA, 2018; SANTOS, 2016).

Portanto, mesmo com os diversos avanços conquistados na área da saúde, como os princípios norteadores e a descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda passa por uma fragmentação do processo de trabalho e das relações multiprofissionais, possuindo pouco trabalho em equipe, e falta de preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Buscando tentar superar as dificuldades no sistema, a fragmentação das políticas e programas de saúde, os gestores do SUS constroem em 2006, o Pacto Pela Saúde, baseado nos princípios do SUS, em que através da organização deste Pacto, consiga responder os desafios da gestão e organização do sistema de saúde, sendo mais resolutivo as necessidades da população, tornando a saúde uma política de Estado, e não somente uma política de governo. (MACHADO et al, 2009). Sendo prioridades nas ações para os secretários:

Compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos Estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde. (CONASS, 2006, p.3).

O Pacto Pela Saúde, portanto, está organizado em três dimensões “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão”, sendo que o Pacto pela Vida,

assume compromissos sanitários e de gestão, trabalhando com metas que deverão ser atingidas pelo SUS, mostrando e analisando a realidade de saúde de cada estado ou município respeitando a parte orçamentária para alcançar os resultados. Tendo como prioridades e objetivos: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; o fortalecimento da Atenção Básica/Primária; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza e promoção da saúde. (CONASS, 2006; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2006; MACHADO et al, 2009)

O Pacto em Defesa do SUS, tem o intuito de reforçar o SUS como uma política de Estado e de compreender os princípios que são bases da Constituição Federal (universalidade, integralidade, equidade). Tendo como prioridades:

Mostrar a saúde como um direito e o SUS como um sistema público universal que garante os direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, pelo Congresso Nacional; c) garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas e e) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS. (CONASS, 2006, p.5).

E por fim, o Pacto de Gestão, que de forma compartilhada entre cada esfera de governo, assuma suas responsabilidades e competências, fortalecendo a gestão do SUS, reforçando a importância da participação e do controle social para apoiar na qualificação. Tendo como ênfase as diretrizes para a gestão do SUS na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social. (CONASS, 2006; MACHADO et al, 2009).

Dessa forma, o SUS continua com um caráter verticalizado e com pouco investimento na qualificação dos trabalhadores para que ocorra um trabalho multiprofissional e possua uma gestão mais participativa e atenção humanizada, gerou a necessidade, fazendo com que seja construída uma política de qualificação para o sistema de saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH).

### 2.3 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização foi criada em 2003, conhecida como HumanizaSUS, com o intuito de reinventar novos modos de agir e cuidar, com a reorganização dos processos de trabalho, entre trabalhadores e gestores, qualificando e corresponsabilizando para que ocorra um cuidado integral ao usuário. Entendendo-se o conceito de HumanizaSUS como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo [...]; Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos; A construção e a troca de saberes; O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar, [...]. (BRASIL, 2010, p.1).

É uma política que deve ser transversal, operando em toda a rede do sistema de saúde seguindo os seguintes princípios: da transversalidade que busca a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários construindo uma atenção de qualidade e responsável através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; Indissociabilidade entre atenção e gestão que objetiva com que os usuários e trabalhadores saibam o funcionamento do serviço de saúde e participe das tomadas de decisões sobre a saúde coletiva; e por fim o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos sempre fazendo com que o usuário busque sua autonomia e saiba seus direitos e deveres. (BRASIL, 2013; FILHO, 2007).

As ações de trabalho com o viés da PNH são pensadas de uma forma que proporcione um vínculo e melhore a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários, possuindo uma concepção ampliada do processo saúde e doença. Dessa forma, uma das diretrizes adotada pelo Ministério da Saúde e utilizada pelos profissionais de saúde é a clínica ampliada, destacando:

A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional. (BRASIL, 2009, p.14).

Então, a clínica ampliada é uma ferramenta de cuidado compartilhado em que vários profissionais de diferentes especialidades, colaboram para uma produção em saúde mais eficiente e que saiba lidar com as reais necessidades dos sujeitos, como é colocado que “A Clínica Ampliada se traduz numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos”. (BRASIL, 2009, p.26). Propondo também, um diálogo entre o serviço e o usuário, para que seja construído conjuntamente, seu processo de melhora no tratamento. Conforme o que foi mencionado, o que se espera de resultados com a PNH são:

Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; Garantia dos direitos dos usuários; Valorização do trabalho na saúde; Gestão participativa nos serviços. (BRASIL, 2010, p.31).

São estes, entre vários desafios que o sistema público de saúde enfrenta e que sua transformação deve ser iniciada por toda a população, pois a saúde é um direito de todos, mas não pode ser somente dever do estado, devendo todos possuir responsabilidades para uma saúde de qualidade e a garantia de direitos dos cidadãos. O primeiro passo, seria a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS para um melhor funcionamento dos serviços prestados a comunidade.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS**

O aumento significativo dos assistentes sociais na saúde é decorrente do novo entendimento sobre a concepção de saúde no Brasil e como a saúde pública vem atuando frente ao cuidado integral dos indivíduos. Será destacado a importância do trabalho do assistente social na Reforma Sanitária e na Reforma psiquiátrica.

#### **3.1 A SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

O período anterior aos anos 30, era um momento vivenciado pela população extremamente direcionado ao interesse econômico, ao qual, a saúde era voltada apenas para atender os operários, que eram a classe trabalhadora que desenvolviam

um trabalho agroexportador e traziam lucros para o Estado e também eram realizadas ações individuais de educação a saúde, que seriam apenas para controlar os indivíduos sadios para que não possuíssem contato com os que já estavam com as doenças. (PAIM, et al, 2011). O modelo sanitário da época era conhecido como Sanitarista Campanhista, centrado na cura da doença, não possuindo um olhar amplo para os outros aspectos da vida do indivíduo, como social e econômico, sendo, portanto, um período marcado por péssimas condições de saúde e trabalho, onde a população vendia sua força de trabalho e a saúde era marcada por muitas epidemias e doenças pestilenciais (Febre Amarela, Varíola, Tuberculose, Sífilis, Endemias). Sendo esse período, que a profissão do serviço social possuía influência europeia, totalmente voltado as visões da igreja católica e do capitalismo, fornecendo assistência aos trabalhadores nas expressões da questão social decorrentes do conflito entre capital e trabalho. (BISNETO, 2011; BRAVO; MATOS, 2009).

Com o processo de industrialização conforme o aumento capitalista resultante do comércio exterior, ocorreu, a redução de ações campanhistas e o crescimento da assistência médica via previdência social. Em função das péssimas condições de trabalho e nenhuma garantia de direito trabalhista os trabalhadores operários realizaram greves gerais uma em 1917 e 1919, sendo um movimento em busca de direitos sociais. Dessa forma, em 1923 foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chavez, onde foi o marco inicial da previdência social no Brasil.

Através desta lei foi criada as Caixas de Aposentadoria e pensão (CAPs) que posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde foram criados benefícios como assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2001). Entretanto, os únicos que poderiam acessar esses benefícios, eram aqueles que contribuam com a previdência, sendo assim, limitado a certos grupos da população, somente para aqueles que estavam no mercado de trabalho, então, a política de saúde ainda estava totalmente ligada a política de previdência.

Desse modo, os assistentes sociais começaram a se inserir na área da saúde, sendo incluído para atuar nos setores, referente ao novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que abordava os aspectos biopsicossociais, fazendo com que demandasse mais profissionais para atuar na saúde, devido ao agravamento das condições de saúde e sociais da população, como

a pobreza, abandono e a miséria. Desse modo, a atuação do assistente social nesse período como destaca (BRAVO; MATOS, 2006, p.29) “Enfatizou a prática educativa com intervenções normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pela normatizações da política de saúde”.

O serviço social surge na área da saúde, viabilizando o acesso aos serviços e benefícios executando ações de “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. (BRAVO; MATOS, p.199, 2009; SILVA; NÓBREGA, p.4, 2017 a). Tais benefícios eram pagos pelos próprios beneficiários, o acesso a serviços de saúde de qualidade ocorria de forma contributiva, tornando a saúde e as políticas sociais em geral inacessíveis para boa parte da população. Contraditoriamente, as péssimas condições de trabalho e a exclusão de parcela significativa da população do trabalho formal, desencadeavam e agravavam o adoecimento, tanto físico como mental.

A partir de 1964 o regime militar se instalou, sendo um momento extremamente conservador, marcado pela tortura, exploração da classe trabalhadora, abusos, opressão, perseguição, sendo o momento em que se inicia pelos assistentes sociais o processo de ruptura com o conservadorismo, e recebe as influências da modernização que se instala nas políticas sociais, consolidando sua ação profissional na assistência médica previdenciária, exercendo “ técnicas de intervenção, burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios”. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 31).

Neste contexto o modelo médico privatista/curativo se torna predominante, onde o foco continua sendo a doença e a cura, não olhando e intervindo para as reais necessidades da população, ao qual, o Estado intervia sobre a questão social através da repressão-assistência com a finalidade de “ modernizar e burocratizar a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime”. (BRAVO; MATOS, 2009, p.27). Decorrente desse contexto, de privatizações no acesso a serviços de saúde, ocorreu a primeira Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-ata, onde foi o primeiro momento que se discutiu sobre os cuidados de saúde que eram ofertados e a dificuldade de acesso por grande parte da população.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação [...]. (ALMA-ATA, 1978, p.1).

Conforme todo o contexto que o Brasil estava vivenciando, de lutas por melhores condições de saúde e direitos, a profissão do serviço social também acaba se moldando neste contexto, rompendo com o conservadorismo, através do Congresso da Virada (1970), onde passa a ser construído uma outra imagem da profissão, assumindo o compromisso ético-político na defesa intransigente dos direitos humanos e da classe trabalhadora. (FUZIWARA,2016). Sendo, portanto, o serviço social uma profissão que surgiu da luta e das mudanças que ocorreram na sociedade, defendendo as condições de igualdade e recusando toda e qualquer forma de exploração e opressão que tem permeado a construção da identidade profissional do Serviço Social brasileiro. (CIRILO; MARCO; COLCETE, 2018).

Com o fim da Ditadura e o início da nova República (1985-1988), diversas mudanças ocorreram entre elas, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ao qual foi o marco da reforma sanitária no país, sendo a primeira com participação popular, abordando as seguintes questões: Discussão e aprovação a unificação de um sistema de saúde; conceito ampliado de saúde; saúde como direito da cidadania e dever do Estado; instituição de um Sistema Único de Saúde; modificações das bases de organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde (BRAVO; MATOS, 2009), entendendo saúde coletiva como:

uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referindo à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população. (KAZLOWSKI, 2008, p. 18).

A discussão desta Conferência serviu de base para as propostas da Reforma Sanitária e na reformulação da Constituição Federal, ao qual, a assistência social com a saúde e previdência social integral a seguridade social, cabendo na constituição a saúde como direito de todos e dever do estado e os serviços de saúde organizados de forma regionalizada e hierarquizada.

1) o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; 2) as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; 3) 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; 4) a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; 5) proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, apud, BRAVO, 2001, p. 26).

Desse modo, o serviço social se reposicionou frente a Reforma Sanitária Brasileira, a qual visava a construção de um modelo de atenção público universal. Portanto na Constituição Federal de 1988, admitiu-se um conceito ampliado de saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde em 1948 passando a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1988), como condicionantes e determinantes da saúde, identificando que as necessidades de saúde são produtos das relações sociais e é decorrente do meio físico, social e cultural.

Saúde é então resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um "viver desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, seja individual seja coletivamente. (MENDES, 1999, apud TANAKA e RIBEIRO, 2008, p. 478).

Essas inovações, portanto, influenciaram e modificaram a visão centrada na doença e nas ações curativas implantando um novo modelo de assistência à saúde, voltado especialmente para a prevenção e promoção em saúde (MARTINI, 2013).

A promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implementação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde. (BRASIL, 1997, p.67).

Com essas alterações na forma de pensar e trabalhar e com um modelo novo de assistência à saúde, e considerando os princípios da universalidade, equidade, e

integralidade que estão na Lei Orgânica da saúde, que as ações na saúde tornaram-se participativas, democráticas, sendo necessário um trabalho multiprofissional, (NOGUEIRA; MIOTO, 2009; SANTOS; GUIMARÃES, 2014), e foi nesse momento que o fazer profissional do assistente social começou a ampliar-se e a consolidar-se com a perspectiva atual, destacando, que a inserção do profissional assistente social na área da saúde se deu em meio as transformações históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil até o surgimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme CFESS (2010):

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. (CEFESS, 2010, p. 23).

Com as novas considerações para os determinantes de saúde, exigiu-se um olhar para as expressões da questão social que incidem na saúde dos indivíduos, sendo desse modo, solicitado o assistente social, que é o profissional que possui esse olhar, tendo a questão social como seu objeto de trabalho, sendo a questão social expressa por “ desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais [...]”. (IAMAMOTO, p.177, 2009). Possuindo suas ações profissionais orientadas e respaldadas pelas dimensões éticas-política, técnico-operativa e teórico-metodológica.

Desse modo, suas ações na saúde consistem em: Atendimento direto aos usuários; Ações socioassistenciais; Ações de articulação com a equipe de saúde; Ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; Investigação, planejamento e gestão; Assessoria, qualificação e formação profissional (CEFESS, 2010). Observou-se, portanto, que o assistente social irá exercer seu trabalho também conforme os princípios do SUS, possuindo um olhar para o indivíduo em sua totalidade, facilitar o acesso a todos os usuários aos serviços de saúde, atuar e uma equipe multiprofissional tendo em vista a interdisciplinariedade das ações fortalecendo o atendimento, efetivar a participação social dos usuários, trabalhadores e gestores na construção de decisões referentes aos serviços de saúde.

### 3.2 SAUDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

O serviço social no Brasil se insere no campo da saúde mental primeiramente nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil, pois não haviam muitos profissionais que trabalhassem na área psiquiátrica e nem muitas clínicas, manicômios, hospitais, desse modo suas ações eram pautadas em abordagens de cunho eugênico e da higiene mental (BISNETO, 2011), sendo sua função profissional, “como uma profissão paramédica, ou seja, subsidiária da ação médica”. (VASCONCELOS 2013, p.146). Após 1964 com o golpe do estado e o governo da ditadura instaurado, ocorreram reformas no sistema de saúde e previdenciário, resultando o aumento dos hospitais psiquiátricos promovidos pela ditadura militar, sendo o atendimento voltado mais para a população pobre e não para os trabalhadores em geral.

Desse modo, com o aumento de hospitais psiquiátricos e com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ao qual, o estado passa a comprar serviços psiquiátricos, tendo a doença mental como um aumento do lucro capitalista. E também por exigência do INPS que por meio da portaria INPS/Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS), de 1973, ao qual, instituiu o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica, que estabelecia uma formação em equipe multiprofissional e desse modo, foram inseridos profissionais do serviço social nos hospitais psiquiátricos. (BISNETO, 2013).

O assistente social, foi um “apaziguador” das questões sociais emergentes e também auxiliava o médico, sendo um suporte socioassistencial, que não fosse somente o cuidado nas questões de doença e cura, pois o fator causador da doença mental, percebeu-se que perpassava outros caminhos, como os fatores sociais, políticos, culturais e econômicos, pois era um período em que as pessoas viviam em extrema pobreza e exclusão social decorrentes das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista. (SILVA; NÓBREGA, 2017b; BISNETO, 2011).

[...] atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao after-care psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista. (MACHADO, 2007, p.36).

O serviço social desenvolvia seu trabalho totalmente voltado a modernização conservadora dos aparatos do Estado, sendo um subalterno das ações do médico,

atuando para atender as necessidades da psiquiatria de forma burocratizada. Fazendo com que a profissão de assistente social possuísse uma indefinição teórica, agindo na psicologização das relações sociais (SILVA; NÓBREGA, 2017b) sendo seu trabalho “ [...] fortemente orientado pela lógica de caso, grupo e comunidade, fruto da tecnificação da profissão, que tinha por objetivo áreas estratégicas ao governo, apaziguar conflitos, controlar as massas em seu cotidiano”. (ROCHA, 2012, p.37 e 38).

Diante deste contexto, ocorreu através de movimentos dos trabalhadores, usuários e familiares, o movimento de reforma psiquiátrica, visando a substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, garantindo também direitos sociais para os que possuíam alguma doença mental. Portanto, com a Reforma Psiquiátrica em 1970 e com a proposta da desinstitucionalização que resultou na falência dos manicômios, prisões, asilos, orfanatos, como destaca Amarante (1996),

Constitui um processo de desconstrução de práticas e saberes das instituições psiquiátricas convencionais, notadamente, as chamadas de totais, que fecham os indivíduos e realizam todas as atividades, na totalidade de suas esferas de vida, sob uma mesma direção e lógica institucional.

Foi então possível um atendimento mais humanizado e uma visão diferenciada para o indivíduo portador de doença mental, tornando-o um sujeito possuidor de direitos, que também necessita estar no convívio com a sociedade como consta, na Lei 10.216 (BRASIL, 2001b), cabendo ao assistente social garantir seus direitos e inseri-los nas políticas e programas de saúde e assistência.

A Política Nacional de Saúde Mental é criada a partir da constituição de 1988, e a construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), nas suas bases estão a promover o pleno exercício da cidadania com participação dos usuários e seus familiares na construção de um modelo assistencial que vá ao encontro das necessidades da população usuária dessa política.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto

coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2011b, p.21).

Destacando que, o Movimento de Reforma Psiquiátrica apresenta uma ligação com o momento atual do serviço social como destaca Bisneto (2011, p.36):

O debate em torno da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social; a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários.

Portanto, a grande inserção de profissionais do serviço social na saúde, foi decorrente da Lei 10.216, que determina direitos para as pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, também do rompimento do modelo tradicional de saúde e saber centrado no médico, a necessidade da formação de equipes interdisciplinares para a troca de saberes e fortalecimento das equipes no trabalho. (SANTOS; GUIMARÃES, 2014).

#### **4 INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, MATRICIAMENTO E O SERVIÇO SOCIAL**

Neste capítulo, será abordado o tema principal de discussão do TCC e sua metodologia de estudo. Inicialmente será tratado sobre as interfaces entre a PNH, matriciamento e o trabalho do assistente social, buscando objetivos em comum para um trabalho mais qualificado na saúde, destacando também, o diferencial do assistente social perante os demais profissionais na equipe de apoio matricial.

##### **4.1 DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Referente a tantas mudanças na história da saúde no Brasil, a atenção básica junto com os serviços ofertados pela saúde mental, necessitam de mudanças no modelo de gestão e atenção nas práticas de saúde. Desse modo o Ministério da Saúde em 2003, formula a Política Nacional de Humanização - PNH, que é baseada nos princípios do SUS, buscando colocar em prática a transversalidade; Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Desse

modo, visando a relação horizontal entre os profissionais, estimulando a troca de informações e a corresponsabilização com a produção em saúde a PNH propõe o matriciamento como estratégia de aproximação da atenção básica com a saúde mental. (BRASIL, 2013).

O Apoio Matricial é uma nova metodologia de trabalho proposta através de um cuidado compartilhado e colaborativo, onde ocorre a troca de saberes, informações, experiências, entre os profissionais, sendo sua realização através da clínica ampliada, que acaba eliminando aquele trabalho verticalizado e fragmentado, propondo um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, buscando uma atenção ligada a noção de cuidado integral. Desse modo, com a realização do matriciamento sempre é necessário a construção de um projeto terapêutico, sendo assim, o projeto acaba tornando-se mais enriquecido pois possuirá a contribuição de diferentes saberes dos profissionais envolvidos, possuindo um suporte técnico-pedagógico, que é adquirido através da realização do matriciamento. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Através do arranjo matricial, é possível que ocorra a relação dos profissionais de serviços diferentes, entre equipes de referência que são responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida e de apoiadores especializados, que são profissionais que contribuem com conhecimentos complementares aos da equipe de referência facilitando desse modo, o contato direto entre profissional encarregado de um determinado caso e especialista de apoio. (SARAIVA; ZEPEDA, 2012). O matriciamento também se torna um método de educação permanente, como destaca, Oliveira e Campos (2015, p.233) “O apoio matricial é também uma forma de educação permanente e de reconstrução de si mesmo, uma vez que cria espaços coletivos de reflexão sobre práticas e certezas cristalizadas”, ao qual através de sua prática, é possível que enriqueça as ações de trabalho alcançando um resultado almejado muito mais qualificado.

Portanto, através dos princípios da PNH e da prática realizada através do matriciamento, onde é utilizado como referência organizacional a interdisciplinaridade é possível perceber sua importância, para que ocorra a troca de conhecimento entre as profissões, qualificando o trabalho multiprofissional e o serviço ofertado ao usuário. (CUNHA; CAMPOS, 2011). Conceituando a interdisciplinaridade como: “ um trabalho em comum, onde se consideram a interação das disciplinas científicas, de seus conceitos, diretrizes, de sua metodologia e de seus procedimentos”. (SAMPAIO et al, 2010, p.82). Desse modo, potencializa a autonomia de cada profissão e acaba com o

saber centrado apenas no médico. (SANTOS; GUIMARÃES, 2014; VASCONCELOS, 2010).

Com a implementação da PNH, o matriciamento passa a requerer profissionais qualificados. Neste sentido a atuação do assistente social também passa a modificar-se, sobretudo ao operacionalizar a concepção ampliada de saúde, como direito de todos e dever do estado, não apenas como ausência de doenças e sim uma vida com qualidade, entendendo a saúde como “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, e acesso aos serviços de saúde”. (BRASIL, 1987, p.382).

O assistente social atua diretamente nas expressões da questão social que incidem na vida dos usuários, ao qual, faz parte da profissão um olhar ampliado também para os aspectos sociais e pela efetivação de direitos dos cidadãos, ao qual, conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007, p.1), deve ser assegurado ao usuário os seguintes direitos:

O direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Entre estas mudanças também notou-se a importância da atuação multidisciplinar, a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar, indo ao encontro ao que é entendido por humanização, e também a atuação em rede de modo cooperativo para diminuir a fragmentação em saúde, sendo desse modo, fundamental a Política Nacional de Humanização para a orientação do trabalho em saúde, incorporando o matriciamento para as práticas em saúde.

Considerando a relevância e o potencial interventivo do Serviço Social, buscou-se realizar uma revisão sistematizada da produção acerca do tema matriciamento. Foi realizada uma revisão da literatura do tipo narrativa. Vosgerau e Romanowski (2014) descrevem a revisão narrativa como uma pesquisa em publicações bibliográficas, sem ser estabelecido uma metodologia rigorosa, mas apenas, para fundamentar teoricamente um determinado objetivo.

Os artigos científicos foram coletados na base de dados da *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, abrangendo o período de 2013 a 2018. A *BVS* foi escolhida, porque

se caracteriza como um espaço de integração de fontes de informação na área da saúde que promove o acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe. O ano de 2013 justifica-se, pois se pretende analisar os últimos cinco anos de produções do respectivo tema.

Para a coleta dos artigos na base de dados foram utilizadas como palavra-chave: “Matriciamento”. A palavra-chave deveriam estar no corpo do texto sendo conceituada. Como filtro adicional foi selecionado apenas textos completos em português, que fossem produzidos no período de 2013 a 2018.

Após a coleta dos dados, foi realizada a leitura dos resumos para identificar os artigos relacionados ao objetivo do estudo. Para serem incluídos, os artigos deveriam tratar sobre o tema matriciamento, dessa forma, com o total de 96, 43 artigos contemplaram o proposto para a pesquisa.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados conforme os objetivos do estudo: i) analisar o ano em que foram mais produzidos assuntos sobre apoio matricial; ii) quais revistas possui mais publicações, iii) quais são os autores que mais escrevem o respectivo tema; iv) identificar se os profissionais do serviço social estão produzindo sobre matriciamento; e v) identificar sugestões para pesquisas futuras.

Como resultados da caracterização da produção bibliográfica, observa-se que o ano que mais apresentou publicações foi o ano de 2017 (n=11).

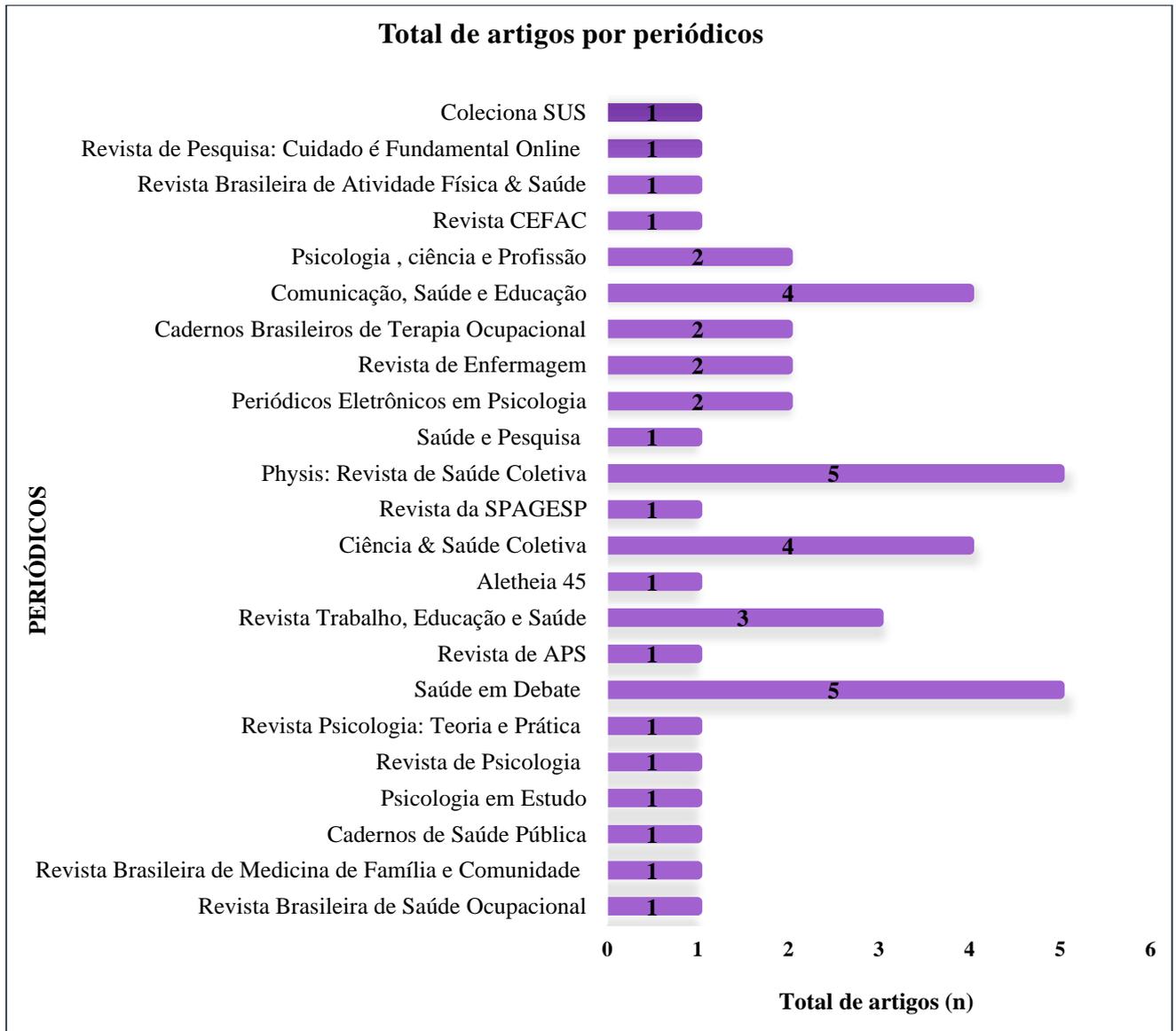
Gráfico 1: Total (n=43) de artigos por ano de publicação



Fonte: Elaborado pela autora do TCC

O resultado referente ao total de artigos por periódico é apresentado na Figura 2. Nota-se que ocorreu uma prevalência de publicações na *Revista de Saúde Coletiva* (n=5) e *Saúde em Debate* (n=5). Ambas as revistas visam sua produção no campo da saúde coletiva.

Gráfico 2: Total (n=43) de artigos por periódico



Fonte: Elaborado pela autora do TCC

Também foi possível analisar que os autores que mais escrevem sobre o conceito de matriciamento são: Magda Dimenstein e Gastão Wagner de Sousa Campos. Constatou-se que há pouca produção sobre matriciamento, sobretudo do serviço social. Portanto, o desafio é fazer as interfaces entre os temas: os parâmetros

de atuação do serviço social; dimensões da profissão; lei de regulamentação e código de ética para perceber o seu grande diferencial entre os outros núcleos de saberes.

#### 4.2 SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

O projeto ético-político do serviço social é marcado pelo processo de ruptura do conservadorismo, ao qual, marcava a profissão anteriormente, pois as ações profissionais eram desenvolvidas totalmente voltadas aos interesses do capitalismo. Dessa forma, essa ruptura visava a democratização da sociedade brasileira buscando alcançar os interesses da classe trabalhadora, desse modo, o projeto está vinculado a um projeto de transformação da sociedade.

O serviço social tradicional, possuía características assistencialistas visava o ajustamento individual, buscando amenizar os conflitos para que aqueles considerados “necessitados”, “desajustados”, “deficientes” pudessem se adaptar a vida social, se adequassem a sociedade, como ressalta Vieira (1980, p.144) “Não se tinha consciência da ideia de mudança; de uma sociedade em desenvolvimento. Acreditava-se num fundo permanente de tradição e de valores que governavam a sociedade e ao qual o indivíduo devia se ajustar, acomodar, ou se integrar”.

Neste período os assistentes sociais atuavam de uma maneira empírica e de disciplinamento do indivíduo e controle da força de trabalho, não se preocupando com os aspectos sociais, onde era conhecido como Serviço Social de Caso.

A perspectiva de ação para o Serviço Social, nesse primeiro momento, é bem delimitada. Restringe-se ao atendimento individual, a partir da concepção de sociedade, que caracteriza o indivíduo em condições estruturais de pobreza, como pessoa fraca, desajustada e incapaz, que precisa de ajuda especial. Adota-se a metodologia de caso, grupo ou comunidade, como formas de implementar a intervenção social, sem objetivar, contudo, uma análise na estrutura social. (OLIVEIRA; CHAVEZ, 2017, p.147).

Conforme a crítica da própria classe de profissionais assistentes sociais, sobre sua atuação totalmente conservadora e sobre uma estrutura capitalista totalmente excludente, conservadora e exploradora que a profissão começa a transformar-se e iniciar os primeiros passos para a Reconceituação do Serviço Social, tendo como marco inicial o I Seminário Regional Latino Americano de Serviço Social em 1965, onde trouxe muitas conquistas positivas para a profissão, tendo como principal, a recusa do assistente social como um agente técnico puramente executivo, inserindo

a pesquisa como particularidade também do Serviço Social. (NETTO, 2005). Conforme profundos questionamentos sobre a ação profissional que em 1979 foi realizado o Congresso da Virada, onde a profissão rompeu com as bases tradicionais, ocasionando um processo de renovação do serviço social, mudando sua matriz curricular e apropriando-se da teoria social de Marx. (AVILLA, 2017; NETTO, 2009).

Desse modo, é construído em 1970-1980 o projeto ético político da profissão, ao qual foi construído e é sustentado coletivamente, pois possibilita que os sujeitos sociais os sustentem e reafirme em um posicionamento contrário a classe dominante, afirmando o compromisso com a autonomia, com a emancipação e com o pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais. Nessa perspectiva Netto afirma que os projetos profissionais:

[...] apresentam a autoimagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas. (NETTO, 1999, p.4).

E como menciona Netto (2009) a profissão não consegue tentar mudar a realidade social sozinha, e sim, com a contribuição de outras especialidades profissionais e da sociedade, compartilhando propostas similares, para um trabalho mais qualificado e resolutivo.

Dessa forma, o projeto ético-político se materializa através do Código de Ética/ 1993 e da Lei de Regulamentação da Profissão, ao qual construiu um novo perfil profissional, que possui compromisso com a autonomia e emancipação dos sujeitos, com a defesa dos direitos humanos, reconhecendo a liberdade como valor ético central, e se posicionando a favor da equidade e justiça social. (NETTO, 2009; BRASIL, 2012). E conforme Netto (2009, p.155) “este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/ dominação de classe, etnia e gênero”, possuindo como objeto de trabalho as expressões da questão social, que segundo Iamamoto a questão social é entendida como, “Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem”. (IAMAMOTO, 2000, p. 28).

Desse modo, foi possível formar um profissional capacitado, comprometido com suas competências e que se aperfeiçoa intelectualmente constantemente, para analisar de forma concreta a realidade social sabendo enfrentar as diversas expressões da questão social que a maior parte da sociedade vivencia, direcionando suas ações com um posicionamento ético, político e técnico, supostamente orientado pelos componentes, princípios e valores do projeto, não sendo apenas um profissional executivo mas também propositivo. (IAMAMOTO, 2000; MOTA, 2011; NETTO, 2009). Desse modo o Serviço Social tornou-se crítico e propositivo, defendendo os interesses da população, preocupado com a qualificação acadêmica, investindo em pesquisas e atuando em uma perspectiva multiprofissional, “a existência deste “Serviço Social crítico” que hoje implementa o chamado Projeto Ético-Político é prova conclusiva da permanente atualidade da Reconceitualização como ponto de partida da crítica ao tradicionalismo [...]”. (NETTO, 2005, p.18).

#### 4.3 INTERFACES E APROXIMAÇÕES ENTRE A PNH, MATRICIAMENTO E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Com vistas a obter um entendimento acerca das aproximações e interfaces do Serviço Social, PNH e o dispositivo denominado matriciamento, elaborou-se o quadro a seguir, com vistas a tornar mais evidente o quanto o Serviço Social tem a contribuir na efetivação do SUS.

Quadro 1 - Aproximações dos parâmetros do serviço social na saúde com a PNH e o apoio matricial

<b>Parâmetros do serviço social na saúde</b>	<b>Política Nacional de Humanização</b>	<b>Apoio Matricial</b>
✘ Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.	✘ Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS.	✘ É através da construção compartilhada, participativa e de diálogo que é possível exercer um trabalho muito mais resolutivo, integrativo visando a troca entre equipes de referência e equipes que oferecem apoio.
✘ Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes	✘ Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; estímulo a processos	✘ Visa a integralidade do atendimento e resolutividade assistencial, para que seja

sociais que interferem no processo saúde-doença.	comprometidos com a produção de saúde e sujeitos.	qualificado o trabalho e o cuidado ao usuário.
✘Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.	✘Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.	✘Visa o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a troca de informações e de diferentes especialidades para um saber singular, fortalecendo também a corresponsabilização com a produção em saúde.
✘ Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.	✘Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário.	✘Visa o trabalho em rede, fortalecendo a comunicação entre os trabalhadores para os especialistas que não fazem parte das equipes de referência, possam oferecer um apoio, um suporte assistencial e pedagógico.
✘Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.	✘Fortalecendo processos integradores e promotores de compromisso e responsabilização.	✘Possui uma relação horizontal entre os profissionais, para uma construção coletiva de saberes, garantindo uma certa responsabilidade por toda a equipe envolvida nos processos de saúde.
✘Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.	✘Utilização da informação, comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.	✘É um suporte técnico-pedagógico, onde através da troca compartilhada de conhecimentos e informações, acaba tornando-se um apoio aos serviços e capacitando os profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos parâmetros de atuação do serviço social na saúde, objetivos do matricamento e PNH

Desse modo, é possível observar no quadro, que os parâmetros do serviço social na saúde com a PNH e o matricamento são objetivos muito similares, necessitando da aproximação de ambos para que seja desenvolvido um serviço não fragmentado e um cuidado mais integral. Pois, conforme as propostas da PNH, é destacada a formação de Grupos de Trabalho de Humanização, para serem realizados espaços de aproximação entre todos os profissionais que ali trabalham, para que seja possível ocorrer discussões sobre o cotidiano do serviço e possíveis transformações e o assistente social é um desses profissionais que compõe a equipe, pois é capacitado para atuar na identificação e intervenção das determinações sociais que afetam os usuários sugerindo propostas de humanização nos serviços de saúde. (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007; LOPES, 2016).

O assistente social em suas competências, é destacado o seu olhar sobre a sociedade e sua capacidade de investigar, compreender e intervir de forma criativa na realidade social, garantindo o “pluralismo através do respeito as correntes profissionais democráticas existentes [...]” (BRASIL, 2012, p.24), a superação das correlações de força e poder buscando a autonomia e assegurando direitos aos usuários. Exatamente ao que está como princípios da PNH: a transversalidade para que seja possível ampliar o contato entre os trabalhadores, gestores e usuários para se produzir saúde de uma maneira mais corresponsável, necessitando de todos os conhecimentos profissionais, principalmente do serviço social, que possui uma visão não somente ao indivíduo como também ao ambiente em que ele vive. Outros princípios como o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e do coletivo, reconhecendo a importância de cada especialidade para o cuidado com a saúde e a pessoa como legítima cidadã de direitos. (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a PNH utiliza como um de seus dispositivos o Apoio Matricial, ao qual é fundamental para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais aumentando a corresponsabilização através do compartilhamento de cuidado e avaliações de casos em conjunto, desconstruindo a lógica do saber centrado no médico como destaca, Campos et al (2014, p.988) “busca levar a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as tradicionais modalidades de relação burocrática e com grande desequilíbrio de poder”. Portanto, é essencial realizar uma ligação entre os parâmetros e as dimensões da profissão com a PNH, pois é possível perceber o diferencial do trabalho do assistente social no matriciamento, efetivando o que está na política de humanização, transformando os modos de gerir e cuidar pois como destaca Alcantara e Vieira (2013, p.344),

Os assistentes sociais, através do atendimento e das ações educativas, possibilitam o conhecimento dos direitos sociais, a reflexão sobre o processo saúde-doença, além de estímulo ao exercício do controle social, gerando a construção coletiva de estratégias que viabilizem a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização.

Possibilitando, um olhar para as reais necessidades da população e desenvolvendo um trabalho multiprofissional substituindo o modelo manicomial pela rede comunitária de atenção psicossocial, fortalecendo o trabalho intersetorial na saúde mental. (SCHEFFER; SILVA, 2014).

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário. (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

No que tange ao trabalho saúde é fundamental para superar a fragmentação das políticas visando uma relação horizontal e garantir um cuidado integral nas ações. Sendo necessário o trabalho em equipe multiprofissional com intervenções diferenciadas como o matriciamento. A inserção do assistente social nas equipes profissionais de apoio matricial é decorrente de seus conhecimentos sobre a realidade social e de suas dimensões profissionais, teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

E por fim o seu grande diferencial no apoio matricial, é a busca pela emancipação dos usuários partindo de uma análise crítica e reflexiva da realidade, analisando de forma ampla o indivíduo em seus aspectos sociais, econômicos e políticos e não somente a aspectos físicos como era observado anteriormente pelo médico, onde sua visão era somente na doença e sua cura. Desse modo, o assistente social inserido nas equipes de apoio matricial contribuiu com todas as suas competências, efetuando um serviço compartilhado entre serviço especializado de saúde mental com o serviço de Estratégia de Saúde da Família inserido no território, ao qual é um princípio do matriciamento a corresponsabilização entre equipes de apoio matricial e de referência. (MARQUES; CURTIS; BELLINI, 2017).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar este estudo, percebeu-se que ocorre uma grande produção sobre o tema matriciamento entre os profissionais de saúde, entretanto, o assistente social não está incluso nesse meio, mostrando escassez de produções ao qual no presente trabalho, foi encontrado somente uma produção em caráter multidisciplinar. Porém, não diminui sua importância e contribuição no apoio matricial.

Essa baixa produção sobre o tema pelo assistente social, ressalta a importância do presente Trabalho de Conclusão de Curso, para produções futuras na área do Serviço social e matriciamento. Pois, traz toda a relação do apoio matricial com o

trabalho do serviço social, destacando sua contribuição no trabalho em saúde e seu diferencial entre os demais núcleos de saberes.

Ao qual, desde a criação do Sistema Único de Saúde e a implementação da Política Nacional de Humanização, percebeu-se a necessidade do trabalho interprofissional para uma produção em saúde muito mais qualificada onde ocorre-se a corresponsabilização dos atores envolvidos fortalecendo as equipes e o compromisso do cuidado em saúde e em rede. Sendo desse modo, fundamental a inclusão do assistente social nas equipes de apoio matricial, pois através do presente estudo, foi possível perceber que os parâmetros do serviço social na saúde com a PNH e o matriciamento são objetivos muito similares.

Onde, o assistente social com suas competências teórico-metodológico, ético-política e técnico-operativa, diferencia-se das demais especialidades, ao qual possui um olhar ampliado sobre a sociedade, investigando, compreendendo e intervindo de forma criativa na realidade social. Como também, é capacitado para identificar e intervir nas relações sociais e nas condições de vida que afetam os usuários e os trabalhadores, criando formas de acesso para o usuário nos serviços e efetivando nos serviços o que está na Política Nacional de Humanização, enriquecendo as ações de trabalho e alcançando um resultado almejado muito mais qualificado.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ALCANTARA, L. S.; VIEIRA, J. M. W. **Serviço social e humanização na Saúde**: limites e possibilidades. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. T. **A Política Nacional de Humanização e o serviço social**: elementos para o debate. Serviço Social & Saúde Campinas v. 6 n. 6 p. 1-170, 2007.

AVILLA, A. L. F. da S. **Projeto Ético-Político do serviço social brasileiro e o trabalho profissional**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017.

BACKES, M. T. S. et al. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

BISNETO, A. J. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, J. A. Serviço social e atuação na reforma psiquiátrica. In: NICACIO, E. M.; BISNETO, J. A.(orgs). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

BRASIL. **Anais/ 8ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, 1986**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília: 1987.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde (1ª a 4ª séries)**. Brasília: MEC/SEF. 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei N° 8142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: DF. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 de abr. 2001a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei nº 10.216 de 06.04.2001**.Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Coleção para entender a gestão do SUS 2011**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília, DF, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1ª edição. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. Código de ética do/a assistente social. 10ª. Ed. Brasília: Conselho federal de serviço social, 2012.

BRAVO. M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais.4ª Ed. Editora Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E; BRAVO, M. I. S; UCHÔA, R. et al. (Orgs). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

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

BRAVO. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. In. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001.

BREDOW, S. G; DRAVANZ, G. M.. **Atuação do serviço social na saúde mental**: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010.

CAMPOS, G. W. S. et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n.1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CEFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília (DF), 2010. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

CONASS. Nota Técnica n. 13/06. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006**– Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV [Internet]. Brasília, 09 de Maio de 2006.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009.

CRUZ, M. M. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES Junior WV. (Org). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. *Saúde Soc.* São Paulo, 2011.

EDITORIAL. **Saúde Debate**. 1977.

ERDMANN, A. L. et al. **A atenção secundária em saúde**: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. UNA-SUS | UNIFESP. 2012.

FILHO, S. B. S. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007.

FUZIWARA, A. S. **Reflexões sobre o projeto ético-político profissional do serviço social e a democratização**. *Serviço social & Sociedade*, Campinas, SP, v.15, n. 1 (21), p. 83-100, 2016.

FERRI, S. M. N. et al. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

IAMAMOTO, M.V. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al, (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2009.

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

JUNIOR, J. B. R.; NOGUEIRA, R. P. As condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

KAZLOWSKI, S. Z. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2008.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIGIA, S. E. et al. **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.

LORENZI, G. W. **Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente no Brasil**. Pro-Menino, 2007.

LOPES, V. F. **As ações do serviço social em relação à política nacional de humanização em hospitais**. Trabalho de conclusão de curso do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2016.

MARTIS, P. C. et al. **Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matizes da Utopia**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2008.

MARTINI, D. et al. **A inserção do assistente social na área da saúde: uma reflexão sobre o município de Florianópolis**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis/ SC, 2013.

MARQUES, N. R. ; CURTIS, K.B.H.; BELLINI, M.I.B. **A intervenção do serviço social no apoio matricial em saúde mental: um ensaio a intervenção crítica**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017.

MANGINI, F. N. R.; KOCOUREK, S.; SILVEIRA, L. V. **Serviço social e tecnologias de saúde: o desafio da subversão democrática**. Serviço Social & Saúde, 2018.

MACHADO, R. R. et al. **Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Rev Med Minas Gerais ,2008.

MERHY E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MOTA, A. M. A. **Projeto ético político do serviço social**: limites e possibilidades. Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 10, núm. 1. 2011.

NETTO, J. P. **O movimento de reconceituação**: 40 anos depois. Serviço Social & Sociedade, nº84, 2005.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social frente a crise contemporânea. In: CFESS/ ABEPSS; CEAD/ UnB (org). **Crise contemporânea, questão social e serviço social**. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD/ UnB, 1999.

NETTO, J. P. Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In. MOTA, A. E. et al, (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília : OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, LÍGIA et al. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NOGUEIRA, V M. R. (orgs) ; MIOTO , R C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al, (orgs). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2009.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS/ UFMA. São Luís, 2016.

OLIVEIRA, N.R.C. **Atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. **Apoios matricial e institucional**: analisando suas construções. Ciência & Saúde Coletiva, 20(1): 229-238, 2015.

OLIVEIRA, E. M. A. P.; CHAVES, H. L. A. **80 anos do serviço social no Brasil**: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. Serv. Soc. São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet, p. 11-31, maio 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do Internato rural. Faculdade de Medicina/ UFMG. Belo Horizonte, 2001.

PORTO, M. Y. **Uma revolta popular contra a vacinação**. Ciência e Cultura. Vol. 55, n. 1, p. 53-54, 2003.

ROCHA, T. S. **Saúde mental como campo de intervenção dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Rio das Ostras: Universidade Federal Fluminense, 2012.

ROSA, W. DE ALMEIDA. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005.

RONCALI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SAMPAIO, C. C. et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SEVERINO, A. J. et al. DE SÁ, J. L. M (org). **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 8.ed. 2010.

SANTOS, Z. M. S. A. Tecnologia em saúde – Aspectos teórico-conceituais. In: SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTIS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SANTOS, C. M. M.; GUIMARÃES, S. de J. **O campo da saúde e a inserção do assistente social na saúde mental brasileira**. Revista FSA, Teresina, v. 11, n. 1, art. 20, p. 365-388, jan./mar. 2014.

SARAIVA, S; ZEPEDA, J. Princípios do apoio matricial. In: Gusso e Lopes (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Capítulo 33. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SILVA, A. X. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SILVA, J. K. dos S. S.; NÓBREGA, M. B. **O Serviço Social na Política de Saúde: Entre Avanços e Desafios para uma Prática Crítica**. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017a.

SILVA, J. K. dos S. S.; NOBREGA, M. B. **O Serviço Social na saúde mental: uma análise da profissão no setor psiquiátrico brasileiro**. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017b.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva?. In: PAIM, J. S.; FILHO, N. DE ALMEIDA. 1. ed. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SOUZA, D. O.; DA SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. **Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”**. Saúde Sociedade. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO.E.L. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do Sus. v.7 n.2 Brasília jun. 1998.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2011.

TEIXEIRA, C. F.; DE SOUZA. L. E. P. F. (Org); PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, J.S.; FILHO, N. A. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In. CAMPOS, G.W (Org). et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da saúde e serviço social: uma análise do debate profissional**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In: Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade - 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VIEIRA, B. O. **História do serviço social: contribuição para a construção de sua teoria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1980.

VOSGERAU, D. S. A. R; ROMANOWSKI, J. P. **Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas**. Revista Diálogo Educacional, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.